



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**“Hábitos alimentarios en pacientes adultos con diabetes. Clínica Ricardo Palma, 2017”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORA:**

Olivia Leddy López Medrano

**ASESORA:**

Mgtr. Arévalo Ipanaqué Janet Mercedes

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

Cuidado Enfermero en las diferentes etapas de vida

**LIMA-PERÚ**

**2017**

## **Página de Jurado**



---

Mgtr. Arévalo Ipanáque Janet Mercedes  
**Presidente**



---

Mgtr. Chávez Cachay Esther  
**Secretaria**



---

Mgtr. De La Cruz Ruiz María Angélica  
**Vocal**

**Dedicatoria:**

A mis padres y a mis dos ángeles en el cielo por darme siempre su apoyo incondicional y ser el pilar en mi educación a lo largo de toda mi vida. Y a mi hijo Raúl por ser mi motivación más grande para terminar este proyecto.

### **Agradecimiento:**

A Dios por haberme guiado en mi camino y darme fortaleza en momentos de debilidad.

A mis padres por su paciencia y apoyo durante este proceso. También a mi hermana por su gran ayuda y constante motivación.

A mi asesora de tesis Mg. Janet Arévalo Ipanaqué por su paciencia y motivación durante el desarrollo de mi tesis.

## **Declaración de Autenticidad**

Yo Olia Leddy López Medrano con DNI N°42343026, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela Profesional de Enfermería, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Lima, Setiembre del 2017



---

FIRMA

Olia Leddy López Medrano

## **Presentación**

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo presento ante ustedes la Tesis titulada “Hábitos alimentarios en pacientes adultos con diabetes. Clínica Ricardo Palma, 2017”, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título Profesional de Licenciada en Enfermería.



---

FIRMA

Olivia Leddy López Medrano

## **Índice**

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Declaración de autenticidad	iv
Presentación	v
Índice	vii
Resumen	ix
Abstract	x

## **I. INTRODUCCIÓN**

1.1. Planteamiento del problema	1
1.2 Antecedentes	4
1.3. Teorías Relacionadas al Tema	10
1.4. Formulación del problema	31
1.5. Justificación del estudio	32
1.6. Objetivos	33

## **II. MÉTODO**

2.1. Diseño de investigación	34
2.2. Variable, Operacionalización	34
2.3. Población y Muestra	36
2.4. Técnica e instrumento de recolección de datos	36
2.5. Métodos de Análisis de Datos.	37

2.6. Aspectos éticos	38
<b>III. RESULTADOS</b>	40
<b>IV. DISCUSION</b>	43
<b>V. CONCLUSIONES</b>	46
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	47
<b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA</b>	48

## **ANEXOS**

Anexo1: Matriz de consistencia

Anexo 2: Cuestionario

Anexo 3: Opinión de juicio de expertos

Anexo 4: Confiabilidad

Anexo 5: Libro de códigos

Anexo 6: Calculo según estaninos

Anexo 7: Resultado por ítems

Anexo 8: Consentimiento del estudio

Anexo 9: Carta de autorización



## RESUMEN

La investigación realizada tuvo como objetivo determinar los hábitos alimentarios de los pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 que se atienden en la Clínica Ricardo Palma, 2016 según dimensiones. Fue un estudio descriptivo de diseño no experimental y corte transversal. La población estuvo conformada por 60 pacientes con Diabetes Mellitus tipo II que se atienden en la Clínica Ricardo Palma, la muestra no tiene porque se trabajó con toda la población. Se encontró que la mayoría presenta hábitos alimentarios adecuados con un 66.7% (40), por otro lado; el 33.3% (20) tienen hábitos alimentarios regulares; del mismo modo se puede apreciar que no existen hábitos alimentarios deficientes en el grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo II. Se concluye que la mayoría de pacientes con diabetes mellitus tipo II presenta hábitos alimentarios adecuados.

**Palabras clave:** Diabetes, diabetes mellitus, alimentación, hábitos alimentarios, alimentación en diabetes.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To determine the eating habits of adult patients with diabetes mellitus type 2 that are attending in the clinic Ricardo Palma, 2016 according to dimensions.

**Methodology:** Descriptive study of non-experimental design and cross section.

**Population and sample:** The population was composed of 60 patients with type II diabetes mellitus who attend the Ricardo Palma Clinic, the sample does not have because it was worked with all the population. **Results:** The majority presents adequate eating habits with a 66.7% (40), on the other hand; 33.3% (20) have regular eating habits; Likewise, it is possible to see that there are no deficient eating habits in the group of patients with type II diabetes mellitus.

**Key words:** Diabetes, diabetes mellitus, food, eating habits, feeding in diabetes.

## **I. INTRODUCCION:**

### **1.1. Realidad Problemática:**

La diabetes mellitus (DM) es un trastorno metabólico de múltiple etiología caracterizada por hiperglicemia grave y trastorno en la asimilación de los hidratos de carbono, los lípidos y los prótidos; producto de carencia en la segregación de insulina, en la actividad de la misma o en ambas. Podría manifestarse con síntomas particulares como polidipsia, poliuria, escotoma y disminución de peso. Las complicaciones crónicas de la DM implican el progresivo desarrollo de patología de la retina, con latente desgaste de la visión; enfermedades nefróticas que puede llevar al fallo renal; neuropatía periférica con peligro de ocasionar úlceras en los pies, cercenamiento, enfermedades cardiovasculares, como cardiopatía isquémica y accidentes cerebrovasculares.<sup>1</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 422 millones de personas adultas en el universo tenían diabetes en el año 2014, delante de los 108 millones del año 1980. El predominio mundial de la DM aproximadamente se duplicó a partir de aquel año, puesto que ha pasado del 4,7% al 8,5% dentro de la población adulta.

2

También la OPS/OMS considera que aproximadamente el 62,8 millones de individuos en las Américas sufren de diabetes. Si la predisposición reciente permanece, se cree que esta cantidad se incremente a 91,1 millones para el año 2030. En Latinoamérica, se prevé la cifra de individuos con dicha enfermedad puede acrecentar de 25 millones a 40 millones en el mismo año, en América del Norte y los estados no hispanos del Caribe esta cantidad lograría intensificar de 38 a 51 millones en esa misma etapa.<sup>3</sup>

En el Perú hasta septiembre del año 2014, el Ministerio de Salud calculó 113,962 actuales casos, de ellos el 49.9% afectaban a individuos de 30 a 59 años de edad.

El 45.58% son personas mayores de 60 años, que es el conjunto donde comúnmente se producían más casos. Un estudio nacional de la prevalencia de diabetes informó que alrededor de un millón de individuos con más de 25 años sufre de diabetes en el Perú. Ello quiere expresar que 7 de cada 100 peruanos han sido diagnosticados con la mencionada patología.<sup>4</sup>

El origen principal del incremento de casos de DM es una mala ingesta alimentaria, según la OMS, el peruano padece de este problema por su excesiva ingesta de comida chatarra, con alto contenido calórico proveniente de alimentos que contengan carbohidratos y grasas saturadas, que van relacionados con el exceso de grasa en el cuerpo, que con el pasar del tiempo altera la respuesta de la insulina en nuestro organismo.<sup>3</sup>

Un análisis del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición del Instituto Nacional de Salud reveló que un 90% de la población fríe sus alimentos y un 60% ingiere comida de preparación rápida con un gran contenido en azúcar y aceite. Incluso en las localidades de la sierra, donde el predominio de diabetes perenne fue mínimo, el contexto está cambiando. Hoy en día existen ciudades que ya reflejan un incremento significativo de casos, como por ejemplo Huaraz, que 15 años atrás tenía una prevalencia del 1.5% y hoy se ha elevado al 4.4%, dicho de otra forma, la cifra se triplicó. En estas ciudades, y en todo el Perú, los hábitos alimenticios han variado. Las personas se olvidan de alimentarse tradicionalmente y se deja persuadir por la comida rápida.<sup>4</sup>

La adaptabilidad de la alimentación es uno de los tratamientos primordiales para las personas con diabetes mellitus, junto con los hábitos alimentarios. La terapéutica farmacológica y el ejercicio físico de forma usual, junto a la ingesta de alimentos adaptada a la diabetes, son capaces de restaurar y ayudar a regularizar los niveles de glucosa en sangre.<sup>1</sup>

Sin embargo, los estudios realizados por Picón P. (Perú, 2011) muestran que el 43.3% de los pacientes no tienen buenos hábitos alimentarios, es decir que no consumen alimentos saludables. Otro estudio realizado por Jiménez J. (España,

2015), resalta los deficientes hábitos alimentarios en pacientes con DM tipo 2, ya que el 50% de ellos consumían más alimentos con alto contenido glucémico en su dieta diaria. Del mismo modo un estudio realizado por Piñheiro D. (Iquitos, 2014), determino que el 81.5 de pacientes tenía hábitos alimentarios deficientes, por lo que ellos consumían alimentos con alto contenido de azúcar en su dieta cotidiana.

Se puede concluir que existe desconocimiento de los pacientes acerca de como realizar la alimentación concreta para manejar la diabetes mellitus, ya que no radica solo en ingerir alimentos sanos, por el contrario, se necesita conocer sobre alimentos sanos y perjudiciales. Por lo cual el personal de salud, y más aún el de Enfermería que en su rol docente, es responsable de colaborar en la educación sobre alimentación saludable como parte del tratamiento de dicha enfermedad y así nuestros pacientes puedan evitar complicaciones y llevar un estilo de vida más saludable.

En la Clínica Ricardo Palma se pudo observar que algunos pacientes diabéticos, en el servicio de consultorio de endocrinología, mientras esperaban la consulta con el médico hacían uso de las máquinas dispensadoras donde solo existen galletas y otro tipo de alimentos con contenido de azúcar, grasas y carbohidratos, modificando así su rutina dietética, evidenciando de esta manera los hábitos alimentarios inadecuados.

De todo ello surgen ciertas dudas tales como: ¿Cuáles son los hábitos alimentarios en pacientes con diabetes? ¿Los hábitos alimentarios se encuentran asociados al estado nutricional? ¿Los hábitos alimentarios mantienen la glucosa en niveles óptimos?

## **1.2. Trabajos Previos:**

### **Antecedentes Internacionales:**

Román V. (Quito, 2014), en su estudio titulado “Hábitos alimentarios de pacientes adultos diabéticos tipo II antes de su diagnóstico”, tuvo como objetivo principal, identificar los hábitos alimentarios antes de su diagnóstico en adultos diabéticos tipo 2. La metodología fue de tipo observacional retrospectivo transversal. La población es de 1500 pacientes con diabetes tipo 2 adultos los cuales asisten al servicio al cliente en Roche Accu-Check en la ciudad de Quito. Se utilizó una encuesta sobre el estilo de vida y hábitos alimentarios. Como resultado se pudo observar que en un 67.65%, es decir la mayoría de pacientes diabéticos, antes de su enfermedad mantenían tres tipos de comidas (desayuno, almuerzo y merienda), tan sólo el 8.22% realizaba los 5 tiempos. Se concluye que se logró identificar los errores en los hábitos alimentarios tales como, no mantener horarios de comida establecidos, o no equilibrar el consumo de los diferentes grupos de alimentos.<sup>5</sup>

Lemache K. (Ecuador, 2013), en su estudio titulado “Salud Mental y patrones alimentarios en el grupo de diabéticos del Hospital de Motupe de la ciudad de Loja”. Tuvo como objetivo principal, contribuir a fomentar la salud mental y la educación alimentaria de los pacientes diabéticos mediante un programa de educación diabetológica. La metodología fue de tipo no experimental, descriptivo de corte transversal. La población estudiada fueron un grupo de pacientes del Hospital de Motupe. La muestra fue de 40 personas. La técnica que se utilizó fue la entrevista mediante la observación directa. Como resultado se obtuvo que el 40% de los pacientes desayunan y almuerzan, un 72,5% fracciona su dieta a media mañana y el 27,5% no lo hacen, el 52,5% consume algún alimento en la media tarde y el 47,5% restante no consume; el 97,5% consume su merienda y tan solo el 2,5% no lo hace. Se concluye que respecto a la “dieta” como componente del tratamiento diabetológico, los pacientes aunque tratan de respetar los horarios y régimen de alimentación no cumplen estrictamente con estos aspectos de tratamiento, pues al momento de analizar la dieta prefieren el consumo de carbohidratos simples.<sup>6</sup>

Treviño I. (México, 2012), en su estudio titulado “Influencia familiar en la alimentación de adultos en riesgo de diabetes tipo II”. Tuvo como objetivo principal, determinar la concordancia de índole, edad, estado saludable percibido, nivel de instrucción, nivel socioeconómico, predominio familiar, disponibilidad de alimentos y prioridad del sujeto con el comportamiento alimentario de personas adultas en peligro de diabetes tipo 2, conforme el vínculo mostrado en teoría de condición medio. El estudio fue de tipo descriptivo, correlacional. La población en estudio constituyó individuos en peligro de acrecentar diabetes tipo 2 con precedentes de familia, utilizó el muestreo por conveniencia. La muestra fue un total de 89 participantes. El instrumento que se utilizó fue una encuesta. Como resultados se obtuvo que las prácticas de alimentación fueron frecuentes, determinado conjunto con precedentes (98%) y otro grupo sin precedentes (94%). Fuera de lo sugerido se halló que un 31% de individuos indicó la ingesta de 9 que equivale a un conjunto de glucosa durante un día y el 7% ingerían más de 7 equivalentes del conjunto de lípidos de forma diaria. Concluye que las circunstancias personales no mostraron relación significativa con el dominio familiar, este a su vez no se vinculó y no reveló significancia estadística con el comportamiento alimentario.<sup>7</sup>

Russo V. (Argentina, 2011), en su estudio titulado “Hábitos alimentarios en pacientes diabéticos tipo 2 que asistieron a las consultas de cardiología y clínica en el hospital provincial de la ciudad de Arroyo Seco”. Tuvo como objetivo principal, investigar las prácticas alimentarias y la manera de vivir en pacientes con DM tipo 2, los cuales asisten al hospital de la localidad de Arroyo Seco. El diseño de estudio fue descriptivo, observacional y transversal. La población estudiada fueron usuarios con DM tipo 2, varones y féminas que pasan los 50 años de edad. Los datos se obtuvieron mediante encuesta. Como resultados se obtuvo que el 72% de pacientes encuestados mantenían hábitos alimentarios adecuados, del mismo modo acrecentaban actividad motora y el 66% mencionaban realizarlo más de 3 veces a la semana. El 28% del resto sostenía una vida sin actividad física. Concluye que aquellas personas diabéticos tipo 2 que satisfacen con el apoyo principal para el tratamiento de su padecimiento manifiestan superior disposición en su hábito de vida que aquellos que no lo ejecutan.<sup>8</sup>

Jiménez J. (España, 2015), en su estudio titulado “Hábitos alimentarios y riesgo cardiovascular en adultos con diabetes mellitus tipo 2 que asisten a los centros de atención primaria de la salud”. Tuvo como objetivo principal, conocer los hábitos alimentarios y la prevalencia de elementos de peligro cardiovascular en la población diabética tipo 2 de la Ciudad Capital de La Rioja durante los meses de septiembre a noviembre de 2014. El diseño de estudio fue descriptivo, de corte transversal y retrospectivo. La población estudiada fueron 67 personas con diabetes tipo 2 de 30 a 65 años, 22 varones y 45 mujeres. Los datos se obtuvieron mediante una encuesta. Como resultados se obtuvo que existe un elevado consumo de alimentos de alto Índice Glucémico como pan francés, galletitas saladas, arroz blanco, azúcar, zanahoria cocida y bebidas azucaradas. El 50% de los DBT2 realizan menos de 4 comidas diarias. Los quesos (pasta blanda y duro) presentan un mayor consumo (55%). La carne de vaca fue consumida por el 90% de los encuestados. El 70% consume alcohol de forma moderada. Concluye que La adherencia terapéutica al plan alimentario es escasa. Se observa baja ingesta de frutas y escasa variedad de hortalizas y cereales integrales. Es necesaria la educación alimentaria continua y sostenida para mejorar el control metabólico mediante los cambios en el modo de vida.<sup>9</sup>

Jacome C. (Ecuador, 2011), en su estudio titulado “Estado nutricional, ingesta alimentaria y relación con el control metabólico, en pacientes de más de 65 años, con diabetes mellitus tipo 2 en dos centros hospitalarios de la provincia de Santa Elena”, 2010. Tuvo como objetivo principal, construir la relación del aspecto nutricional, alimentación y dominio del metabolismo (glúcido). La metodología fue de tipo no experimental de tipo transversal. Para su estudio se utilizó encuestas por el investigador. Como resultados obtuvo que la mayor cantidad de las personas sujetos de estudio, es decir el 58% mostró un dominio metabólico de glucosa moderada, entretanto únicamente el 10% mantienen un buen dominio el 32% de las personas no estuvieron realizándose periódicamente controles, arriesgando su calidad de vida. Se concluye que de acuerdo a las particularidades de forma general se acordó que un alto porcentaje de individuos se halla en categorías de 65 a 75 años de edad tomando en cuenta que el tratamiento debe ser de forma



oportuna para no ocasionar complicaciones que dañen la condición de vivir de las personas adultos mayores.<sup>10</sup>

Barrera M, Pinilla A, Caicedo L, Castillo Y, Lozano Y, Rodríguez K. (Colombia, 2011), en su estudio titulado: Factores de riesgos alimentarios y nutricionales en adultos con DM. Tuvo como objeto principal, determinar factores de riesgo vinculados a ingesta alimentaria y forma nutricional, establecer variables metabólicas y ofrecer cultura alimenticia a usuarios con DM en hospitalización de medicina interna en el segundo nivel. El estudio fue de tipo descriptivo, transversal. La población estudiada incorporó pacientes con diabetes mellitus con más de 18 años. La muestra fue de 221 usuarios a quienes se preguntó y estimó de forma sucesiva. El instrumento que se utilizó fue una encuesta. Como resultado se obtuvo que el 42,3% elegía frituras; mínima ingesta de proteínas de origen animal (12,7%), lácteos (31,8%), frutas (64,7%) y verduras (57,9%); alta ingesta de almidones (43,4%); el 35,3% prefería azúcar el 33% consume 3 comidas durante el día, el 31,2% cinco alimentos y el 18,6 % seis comidas; 3,2% ingerían inferior a dos comidas durante el día. Concluye que se halló una influencia de pre obesidad y adiposidad en la localidad trabajada y asociación con prácticas alimentarios inapropiados que beneficiarían la manifestación de obstáculos de la diabetes mellitus.<sup>11</sup>

Barreyro G. (Argentina, 2011). En su artículo titulado: Hábitos alimentarios y de vida de pacientes adultos con diabetes del tipo 2. Tuvo como objeto principal, indagar los prácticas alimentarias y estilo de vida, de los pacientes con diabetes, que tengan entre cincuenta a sesenta años del Hospital J. M. Cullen en la localidad de Santa F. El estudio fue de tipo analítico observacional. La población en estudio fueron los pacientes que pertenecen al hospital. La muestra fue de cuarenta personas adultas que tengan diabetes tipo 2, que se encuentran entre las edades de cincuenta a sesenta años. El instrumento que se usó era un cuestionario impreso. Por tal efecto se obtuvo que un 72,5% refirió cumplir siempre los horarios de los alimentos, y un 22,5% dijo hacerlo con menos frecuencia, únicamente un 5% admitió no respetarlos nunca, también un 65% de los encuestados expresó, no ingerir la 4 comida diaria recomendada, de las cuales, la comida incumplido es la merienda con un 42,31%

y el desayuno con un 31%, por debajo de estas se encuentran la cena con un 19,23% y finalmente el almuerzo escasamente con el 5%. Concluye que los pacientes al tomar conciencia de la enfermedad han querido cambiar sus hábitos de vida para mejorar su calidad de vida, debido a lo cual llevan una dieta distinta y la mayoría realiza con constancia algún tipo de ejercicio físico.<sup>12</sup>

Piñheiro D. (Iquitos, 2014). En su estudio titulado: Hábitos alimentarios y estado nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo II del Centro de atención primaria III EsSalud- Puncahana. Tuvo como objetivo principal determinar la relación que existe entre las prácticas alimenticias y el estado nutricional de los pacientes tipo II. El estudio fue de tipo descriptivo y de corte transversal. La población en estudio fueron pacientes con diabetes tipo II. La muestra fue de 124 pacientes. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento fue un cuestionario estructurado. El resultado obtenido fue que el 81.5% de pacientes tiene hábitos alimentarios inadecuados y solamente el 18.6% tiene hábitos alimentarios adecuados. Concluye que las costumbres alimentarias y el estado nutricional de los pacientes diabéticos encuestados están relacionados y al observarse deficiencia en el cumplimiento de estos hábitos tendrán efecto negativo en el pronóstico de enfermedad y mayor riesgo para contraer complicaciones.<sup>13</sup>

Picón P. (Lima-Perú, 2011). En su estudio titulado: Conocimientos sobre diabetes y conductas alimentarias en pacientes con diabetes tipo II en atención ambulatoria del servicio de endocrinología, Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, abril 2011. Tuvo como objetivo principal, establecer el grado de sapiencia de la DM y comportamientos alimentarios en pacientes con DM. Dicho artículo de investigación presenta un diseño no experimental de corte transversal. La población fueron pacientes atendidos ambulatoriamente. La muestra fue de 305 pacientes. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento fue un cuestionario estructurado. El resultado obtenido fue 43,3% (132) que evidencio conductas alimentarias inadecuadas sobre DM, en concordancia a la extensión Alimentación sana el 44,6% (136) posee juicio medio y 17.4% (53) conocimiento alto; en correlación a la extensión Tipos de alimentos que consume se aprecia que el 37,4% (114) poseen hábitos inapropiados y el 16.4 % (50) obtienen practicas alimentarias adecuadas.

Concluye que el total de los pacientes con baja noción presentan hábitos alimenticios poco apropiados, se halla una concordancia estadísticamente demostrativa entre los conocimientos y practicas alimenticias en el área ambulatoria de endocrinología.<sup>14</sup>

### **1.3. Teorías Relacionadas al Tema:**

#### **1.3.1. Diabetes Mellitus:**

Diabetes Mellitus (DM) tiene sus orígenes en el griego y el latín. Diabetes (vocablo griego), tiene como significado sifón, emerger con fortaleza, y la evidencia más característica de la diabetes es evacuar de forma abundante. Mellitus (palabra de origen latín) que quiere decir dulce como la miel y la micción de una persona con diabetes es dulce por su alto contenido en glucosa e igual modo “viscoso”. La primera mención en la historia de la diabetes es del siglo XVI a.C. en un papiro que George Ebers reveló en una sepultura en Egipto, en la ciudad de Tebas en el año 1862 y donde se precisaba una enfermedad caracterizada por excesiva excreción de orina<sup>15</sup>.

La DM pertenece a un síndrome que se determina por mostrar altas concentraciones de azúcar en el torrente sanguíneo. A ello se agrega una serie de complicaciones que, sin el debido tratamiento. Este síndrome es ocasionado por un declive absoluto o relativo de la secreción o de la labor de la insulina. La diabetes tipo 2 varía la transformación de los glúcidos, los próticos y los lípidos. Los azúcares son una fuente de energía seleccionada por el cuerpo humano. Una vez asimilados se transforman en glucosa y suministran los nutrientes que necesita nuestro organismo. Mediante una liberación cuidadosa de insulina, el organismo es capaz de controlar cómo y cuándo se metabolizan los lípidos, las proteínas y los glúcidos. El páncreas libera de forma continua insulina en cantidades que se modifican según las necesidades del organismo.<sup>16</sup>

La OMS explica a la diabetes mellitus como un desorden del metabolismo que posee numerosas etiologías; es caracterizada por aumento de la glucosa de forma

grave y alteraciones de la asimilación de los hidratos de carbono, los lípidos y los prótidos como resultado de irregularidades de la excreción o del resultado de la insulina. Con el pasar del tiempo, este padecimiento podría ocasionar múltiples males y disfunción de múltiples órganos.<sup>3</sup>

Se creen que coexisten unos 220 millones de personas afectadas con la DM sin embargo es posible que las cantidades son mucho más elevadas esto gracias a que no existen datos confiables de cuantiosos estados dentro de los que se contuvo unos lugares muy habitados como son China e India. Destacamos que la DM tipo II es más frecuente que del tipo I y su ocurrencia se incrementa a un mayor ritmo.<sup>17</sup>

Se estima que 3.4 millones de decesos se causaron por las complicaciones diabéticas duplicando la cantidad de personas fallecidas, duplicando o triplicando el peligro de sufrir ACV. La DM es la segunda etiología de fracaso renal terminal en diálisis o sometidos a intervención. La DM es igualmente el origen número uno de la pérdida de la visión en el universo industrializado, y el primer origen de cercenación no traumática de miembros.<sup>23</sup>

Debido a lo mencionado, sería simple comprender que el monto económico de DM sobre el sistema sanitario es atroz, actualmente, un 5% del egreso sanitario es destinado a tratamientos concernidos a la DM, por lo que estamos frente a una enfermedad que podría ser apta para desnivelar los sistemas de salud de las naciones desarrollados.<sup>18</sup>

En la mayor parte de las naciones de América Latina se ha elaborado una modificación en la forma de hábitos alimentarios, con un ligero incremento de la ingesta de nutrientes con una concentrada capacidad energética, con alto contenido en grasas saturadas, glucosa y está junto a la ascendente cultura de sedentarismo y disminución de ejercicio físico, aportando de forma grave al aumento que se están observando en las grandes tasas de aumento de peso y adiposidad, lo que causa principalmente del incremento de la diabetes mellitus, ésta a su vez provocada por un cambio general hacia los hábitos de alimentación de ninguna manera saludables y por disminución de la acción física.<sup>19</sup>

Según la Asociación Americana de Diabetes (ADA), el National Diabetes Data Group y la Organización Mundial de la Salud (OMS) difundieron el año dos mil seis, la clasificación de la diabetes mellitus como:

**Diabetes mellitus tipo 1:** Antes se llamaba diabetes de comienzo o juvenil. Ello se muestra frecuentemente en individuos con menos de treinta años de edad, fundamentalmente en niños, adolescentes, jóvenes o adultos jóvenes, así mismo como podría suceder a cualquier edad. Dicha enfermedad perjudica en un aproximado al 10% de los individuos diabéticos, se estima que es suceso de un transcurso auto inmunitario mediado por la célula T que aqueja a las células betas de los Islotes pancreáticos de Langerhans, el cual ocasiona déficit de insulina. Se manifiesta de forma brusca y se determina por la poca o nula elaboración de insulina, polidipsia, polifagia, poliuria, disminución de masa corporal, agotamiento excesivo y elevada propensión a cetosis<sup>20</sup>.

**Diabetes mellitus tipo 2:** Generalmente se manifiesta en adultos, en común después de los 40 años; se determina por la excreción escasa de insulina exógena, esta clase de diabetes es causa del 90 a 95% de incidentes y un elevado porcentaje de individuos son obesos (80 a 90%), el cual implica a que posean solidez a la insulina. Ello es la pieza clave en el desarrollo de este padecimiento. Las causas de riesgo son: edad avanzada, sobrepeso, precedentes de familia con diabetes o antecedentes de diabetes durante el embarazo, modificación en la homeostasis de la glucosa, falta de actividad corporal y estrés. La sintomatología asociada se vincula a menudo con el progreso de agravamientos que contienen: inadecuada curación de heridas, disminución de la visión, infecciones continuas vesicales y de encías y los cambios sensoriales en miembros superiores e inferiores (manos y pies), aún muchas personas acostumbran no tener síntomas también la elevada glucosa se localiza mediante un examen de sangre rutinario. En algunas personas con esta clase de diabetes podría haber un descenso de la secreción de insulina respondiendo al estímulo de la glucosa, sin embargo, la mayor parte de ellos conservan niveles con normalidad o elevados de insulina circulante dando respuesta a los alimentos. En efecto, la primera causa de la elevación de la glucosa

aparentemente es la disminución de la receptibilidad a la insulina de los tejidos exteriores, más que el descenso de la secreción de la hormona<sup>20</sup>.

**Diabetes mellitus gestacional:** Comúnmente se extiende a partir del quinto mes de la gestación con una intolerancia al azúcar, es considerado que después regresa el azúcar a su estado normal afectando al 2% de gestaciones. Su diagnóstico es una de las escasas figuras en los que aún perdura disconformidad en los criterios de la OMS, de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) además de los grupos eruditos en este aspecto. La diagnosis se constituye conforme la OMS al localizarse 2 o más aglomeraciones de azúcar en la sangre con los valores de:  $\geq 5.8$  mmol/L (105 mg/dl) antes del primer alimento del día y  $\geq 9.2$  mmol/L (165 mg/dl) después de 2 horas de haber ingerido bocado. La ADA conserva las pautas que señala que se diagnostica diabetes en la gestación cuando se hallan respuestas de glucemia en ayunas  $\geq 95$  mg/dl.<sup>21</sup>

**d) Otros tipos específicos:** Son incitados por fallas genéticas de funcionamiento de las células beta, accionar de la insulina, patologías pancreáticas exocrinas, endocrinopatías, medicinas, agentes químicos, infecciones y otras relacionadas a enfermedades congénitas. Esta clase de diabetes contribuye al 1-2% de aquellos casos que han sido diagnosticados<sup>22</sup>.

Respecto a la etiología de la diabetes mellitus tipo 2, sus causas pueden ser:

**Genética:** La DM I es resultado del estrago inmunológicamente por medio del páncreas en individuos con sensibilidad de genes. En el mayor de casos, individuos con esta clase de diabetes, recién diagnosticada se hallan las defensas orgánicas a células de los islotes y podrían localizarse hasta once años antes del comienzo clínico de la patología. En los casos de DM I, el traslado dentro de la célula de la glucosa está deprimido en el músculo y de forma hepática, a ello se suma un descenso del glucólisis.

La DM 2 se denomina de forma genética y se expresa con la edad, incremento excesivo de peso, estrés, medicamentos y oligo minerales y prevalece el medio hereditario<sup>23</sup>.

**Edad:** La aceptación orgánica al azúcar desciende con los años. En el grupo etario de 65 a 74 años (caballeros) la posibilidad de diabetes es 10 veces mayor que entre 25 a 34 años y en damas se da en once veces más a edades semejantes<sup>24</sup>.

**Obesidad:** Los casos de DM es casi el triple de veces más alto en obesos diferenciado por la aglomeración de células adiposas en la parte alta del organismo, su característica es por una tolerancia anómala al azúcar que la obesidad ginecoide. La disminución de peso en obesos con DM tipo 2, acostumbra desarrollar la resistencia a la insulina<sup>25</sup>.

**Estrés:** La tensión fisiológica y mental puede reducir la flexibilidad al azúcar y acelerar la DM en sujetos cuya tolerancia está dañada<sup>24</sup>.

Fisiológicamente la diabetes mellitus está asociada:

**Transformación de la glucosa:** Las categorías de glicemia básica se conservan por el azúcar de los carbohidratos de los alimentos y el glucógeno en el hígado. A modo que se introduce en la sangre, se lleva con celeridad a las células en el que se consigue presentar: usarse para fuerza (oxidación celular), transformarse en glucógeno para ser depositado de forma hepática y modificarse en lípido a fin ser depositado en el revestimiento graso. En el momento en que no hay conveniente insulina, la glucosa no podría pasar la capa celular y es acumulado en el torrente sanguíneo, esto da origen al aumento de la glucosa y glucosa en la orina, del mismo modo se fomenta la lipólisis e incrementan en sangre los ácidos grasos libres, los triglicéridos, el colesterol y los fosfolípidos<sup>24</sup>.

**Cambios metabólicos:** Los individuos que sufren DM no vigilada, les ocasiona una deshidratación rigurosa, porque la alta manifestación de glucosa crea una modificación osmótica. Por ello el fluido dentro de la célula como fuera de ella sufre disminución de la cantidad de líquido contenido y produce en las personas abundante orina y sudor<sup>24</sup>.

La DM se califica como una enfermedad de aspecto universal, en tendencia de que de forma nula las células de nuestro cuerpo evaden de la modificación del metabolismo. Del mismo modo como el déficit de acción, teniendo la causa que sea, llevará un mal uso del azúcar que llevará sobre todo a la triada clásica de orina excesiva, sed excesiva y hambre excesiva.<sup>24</sup>

El incremento de la expulsión de micción con un elevado contenido de glucosa es un signo evidente de DM y por ello, previo a hallar valores bioquímicos de la glucosa la patología se identificaba sencillamente examinando la orina: un sabor dulce muestra la presencia de glucosa; del mismo modo, al eliminar mucha orina se va a originar incremento de la ingesta de líquidos, con esta sintomatología, existirá una gama clínica amplia pudiendo ir desde expresiones puramente catabólicas como la disminución de masa corporal, otros son resultados de la afección en progreso de los diversos órganos y aparatos como la disminución progresiva de la vista, la presencia de HTA o el dolor isquémico o neurótico de los miembros superiores e inferiores, constituyendo las manifestaciones más comunes.<sup>24</sup>

Al aumento del azúcar de forma crónica está asociado en el extenso plazo, la falta de función e insuficiencia de diversos órganos, en especial la vista, los riñones, nervios, aparato cardiaco y vasos sanguíneos. Consecutivamente, su presencia viene aumentando rápida y continuamente al final de estos 10 años en el mundo, obteniendo particularidades epidémicas en varias naciones, particularmente en aquellos países que se encuentran en desarrollo.<sup>25</sup>

La DM tipo II, si bien no tiene cura, hay técnicas que conservan la salud del paciente, vigilando siempre los estándares de glucosa en el torrente sanguíneo lo que más se acerca o lo habitual. Esto se logra si junto con el tratamiento medicamentoso se consigue la integración de los hábitos alimenticios adecuados, aquellos que consentirán controlar mejor la patología. Además, se requiere, vigilancia de peso y realización de actividad motora adecuada.<sup>25</sup>

En la diabetes mellitus es necesario tener en cuenta que la durabilidad del aumento de la glucosa y su complicación son las causas más significativas en la aparición de medio y largo tiempo de dificultades de muy desemejante naturaleza. Si bien no



hay una infestación general del organismo, las muestras clínicas más claras son: la disminución o lesión visual, pudiendo llegar a ceguera; o alteración en los riñones, pudiendo llegar a insuficiencia renal terminal que necesite de hemodiálisis, hasta llegar a trasplantar el riñón; o alteración de los grandes vasos, pudiendo conseguir enfermedades tan significativas como la deficiencia arterial de miembros inferiores que terminen de cercenar a diferentes niveles, patología cardíaca isquémica como IMA como expresión más habitual y el incremento de la enfermedad vascular en el cerebro o en más casos de enfermedad isquémica en los intestinos. Aunque, el grupo de complejidades más prevalentes son las que suceden en el sistema nervioso, tanto en SNP como en el sistema autónomo e incluso en el SNC.<sup>25</sup>

La Hipoglucemia es el resultado patológico que se caracteriza en el momento que los niveles de azúcar en el torrente sanguíneo son por debajo de cincuenta y sesenta miligramos por cada 100ml. Su causa se debería al exceso de insulina o agentes hipoglucemiantes bucal, deficientes alimentos o actividad corporal de forma desmesurada. La disminución de la glucosa llega a manifestarse en distinto instante del día o de la noche, por lo general anteriormente de la ingesta alimentaria, en específico si se aplazan o se excluyen los alimentos<sup>22</sup>

Cetoacidosis diabética es una de las atenciones urgentes en endocrinología más recurrentes, se manifiesta especialmente en la DM I o antes denominado insulín dependiente. Se manifiesta gracias a combinar el déficit de insulina e incremento de hormonas reguladoras como el glucagón, cortisol, catecolaminas y hormona de crecimiento.<sup>22</sup>

Se presenta especialmente entre el 2 – 5 % en pacientes con diabetes, la mortalidad se vincula básicamente con la oportunidad que se reconozcan las alteraciones, se constituye un diagnóstico y la causa que lo provoca. Su mortalidad fluctúa en 2 y 5 % en UCI y su incidencia es mucho menos que la situación hiperosmolar no cetótica.<sup>22</sup>

La Hiperglucemia es un síndrome bioquímico, igualmente denominado hiperosmolar no cetótico. Se muestra en 5 % de las urgencias hiperglucémicas.

Habitualmente en pacientes portadores de diabetes mellitus tipo II se considera una complicación grave y su mortalidad dista en el 20 y 40 % ligado a infecciones, shock séptico, IMA. Por lo general, la padecen individuos con diabetes con más de 60 años de edad, no obstante en los últimos años en individuos con edades superiores a 40 años. Los aspectos clínicos, ligan su fisiopatología al déficit relativo de insulina, el incremento de hormonas contra reguladoras, y los cambios a nivel del filtrado glomerular.<sup>22</sup>

### **1.3.2. Hábitos alimentarios en pacientes diabéticos**

El hábito alimentario, también denominado como dieta alimentaria, es el agregado de sustancias alimentarias que se consumen para así formar prácticas o comportamientos de forma nutricional de los individuos y ello forma parte de su estilo de vida.<sup>24</sup>

Al mismo tiempo conforman la cultura de la población, y en éstos, predominan factores ajenos a los alimentos propiamente dichos, también a los consejos nutricionales como el poder adquisitivo, la producción, la accesibilidad de los productos, y el marketing publicitario de los medios de comunicación, entre otros.<sup>25</sup>

De igual manera las conductas buscadoras de salud (COBS) o patrones alimentarios, son apreciadas como todas las tareas que las personas realizan de forma independiente de su estado de salud real, orientadas a impulsar, preservar o mantener la salud y el bienestar en el contexto de la vida diaria, de forma particular cuando se enfrenta alguna patología especialmente estas de tipo crónico degenerativas como la Diabetes Mellitus.<sup>26</sup>

Por consiguiente los hábitos alimentarios de una población son la manifestación de sus creencias y tradiciones y están unidos al medio geográfico y a la disponibilidad alimentaria. Se hallan influenciadas por factores culturales, económicos, sociales, religiosos, educativos, geográficos, psicológicos y los vinculados con la urbanización e industrialización.<sup>25</sup>

Son muchos los factores que condicionan la elección de alimentos y el comportamiento alimentario. No sólo la disponibilidad de los mismos, que depende entre otros elementos de la política económica, del clima y el nivel de desarrollo, sino también la existencia de tradiciones y tabúes, el estado de salud, la publicidad y la educación nutricional. Por lo tanto, que un individuo se alimente de modo correcto y saludable variará en función de sus criterios, teniendo en cuenta sus conductas y la ingesta; al respecto las dietas inadecuadas tienen un importante impacto socio sanitario en nuestro país. Por todo ello las políticas alimentarias actuales no sólo se centran en los requerimientos nutricionales básicos para el buen funcionamiento del organismo, sino que van más allá y establecen entre sus objetivos satisfacer las necesidades sociales y alimentarias de la población pero siempre teniendo presente el potencial terapéutico de la dieta como marco de referencia. En consecuencia de acuerdo con las relaciones establecidas, las conductas: horario regular de comidas, ingesta de azúcar, regulación de raciones, el apetito y la ingesta de alcohol dependerán directamente de 1) los beneficios que la persona les reconozca, 2) el apoyo familiar para mantener dichas disciplinas, y 3) las barreras que se encuentren en el ambiente para llevar a cabo las citadas conductas.<sup>26</sup>

Así como también la ingesta en una persona con diabetes no debe diferir mucho de una alimentación equilibrada recomendada, teniendo en cuenta la cantidad que debe ingerir, a ello nos referimos sobre la cantidad de: fibra, los lácteos, las frutas, el arroz, las grasas, verduras y la ingesta de comida rápida; no obstante es necesario tomar algunas precauciones y considerar algunos detalles, por ende la alimentación lleva comprendidos una serie de objetivos, que son divididos por el resto del tratamiento, así como normalizar el peso, normalizar la glicemia y prevenir complicaciones tardías.<sup>26</sup>

### **Modelo de la Nola Pender**

Nola J. Pender, Licenciada en Enfermería, estudió en la Universidad de Michigan (EEUU) es recordada en esta carrera por su contribución con el Modelo de Promoción de la Salud. Propuso que fomentar un estado excelente de salud era un

objetivo que debía preferir a las acciones preventivas. En relación con esto se formó como una invención, ya que reconoció los elementos que habrían influenciado en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prever la patología. Asimismo, identificó que los componentes cognitivos-perceptuales de las personas, son alterados por las circunstancias según situaciones, de forma personal e interpersonal, lo que da como efecto la intervención en conductas favorecedoras de salud cuando se halla una pauta para la labor. Este modelo de promoción de la salud planteado por Pender, es uno de los modelos más sobresalientes en la promoción de la salud en Enfermería; según ello los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están fraccionados en factores cognitivos-perceptuales, razonados como aquellas concepciones, dogmas, ideas que poseen los individuos acerca de la salud que incitan a determinados comportamientos, que en el caso que nos ocupa, se vinculan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. Los cambios de estos elementos, y la estimulación para llevar acabo dicha conducta, acarrea a los individuos a un estado altamente eficaz denominado salud, la cual es descrita, por Nola Pender, como la realización del potencial humano inherente y obtenido mediante la conducta destinada a la meta, el autocuidado justo y las relaciones gratas con otros, mientras tanto se crean ajustes precisos para conservar la integridad estructural y el equilibrio con los ambientes relevantes a la optimización de la vida, considerando que para la transformación de estas conductas debe haber trato entre los determinantes interpersonales de la salud y los efectos del medio ambiente.<sup>27</sup>

Los factores personales y del medio deberían beneficiar una conducta sana dentro de cada comunidad. La concepción de la salud en la perspectiva de Nola Pender, inicia de un mecanismo altamente positivo, tolerante y humanístico, toma al individuo como ente completo, examina los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de las persona en la manera de tomar decisiones concerniente a su salud y su vida. Dicho piloto le da significación a la cultura, entendida ésta como el incorporado de competencias y prácticas que se logran a lo largo del tiempo, sobre que es asimilada y traspuesta de una generación a otra. De este modo, la cultura se estima como una clase que se expresa de distinto modo en los grupos humanos, que predomina de modo preciso

en las creencias sobre la salud, las soluciones en relación a las prácticas de autocuidado, los tratamientos terapéuticos, las conductas, y el uso de los servicios de salud. El manejo del Modelo de Promoción de la Salud de Pender, es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en los individuos, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica, estas labores han de ayudar a que las participaciones en promoción de la salud sean oportunas y efectivas, además que la información lograda evidencien las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud. También está basado en la concepción de la promoción de la salud, que es descrita como aquellas acciones ejecutadas para el progreso de recursos que conserven o incrementen la tranquilidad de individuo. El modelo nace como una oferta de constituir la enfermería a la ciencia del comportamiento, identificando los factores que influyen los comportamientos sanos, El modelo de la promoción a la salud es fundamentalmente un modelo de enfermería, para valorar la acción de promoción a la salud y el comportamiento que conlleva a la promoción a la salud y de la interrelación entre tres puntos primordiales: Características y experiencias de los individuos, impresiones y discernimiento en el comportamiento que se anhela lograr, conducta de la promoción de la salud deseable. Ello continua siendo perfeccionada e incrementada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree tiene influencia en los cambios de la conducta sanitaria. Metaparadigmas:

- Salud: Estado altamente efectivo. La descripción de salud tiene más trascendencia que cualquier otro articulado general.
- Persona: Es el sujeto y el centro de la teoriza. Cada individuo esta definido de forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.
- Entorno: No existe descripción precisa, sin embargo se representan las interacciones entre los factores cognitivo- preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.
- Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha poseído su apogeo durante el último decenio, compromiso personal en los cuidados sanitarios es la plataforma de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos

y la enfermera se instituye en el principal agente delegado de originar a los beneficiarios para que conserven su salud personal.

Principales nociones del modelo esta fraccionado en 3 extensiones con componentes que establecen la promoción a la salud una cada dimensión.

- Conducta previa relacionada: la periodicidad de la misma conducta o similar en el pretérito, efectos inmediatos o indirectos de la probabilidad de comportarse con las conductas de promoción a la salud.
- Factores personales: se refiere a todos los factores relacionados con los individuos que intervienen en el sujeto para que se relacione con su medio para desplegar conductas generadoras de salud que envuelven factores biológicos, psicológicos y socioculturales, conjuntamente de los beneficios percibidos de las acciones generadoras de salud, así como las barreras que encuentra para estas conductas.
- Influencias situacionales: son las apreciaciones y cogniciones de cualquier realidad o contexto definitivo que pueden facilitar o frenar la conducta.
- Elementos cognitivo-preceptuales: son elementos motivacionales esenciales de las acciones ligadas con la promoción de la salud.<sup>27</sup>

## **A. Conductas**

Definiremos que es la conducta; de entre los diferentes significados que encontramos, la que hace la Real Academia Española es: “Manera con que los seres humanos se comportan en su vida y acciones que realizan”. Si utilizamos este término como sinónimo de comportamiento, nos referimos al conjunto de las acciones que desarrolla un ser viviente para responder ante una posición. Con la conducta se hallan asimismo vinculadas las costumbres alimentarias, estimados como una habilidad lograda por acciones reiteradas que terminan constituyendo una forma de ser y de vida de la persona. Dentro de ello está relacionado el horario regular de comidas, consumo de dulces, las porciones a ingerir, la regulación del apetito, la saciedad y la ingesta de alcohol, de esta forma la conducta alimentaria está mucho más influenciada por las prácticas y las rutinas que por un razonamiento lógico. Con las conductas alimentarias está vinculada, también, su

valor simbólico. Se suele asignar al alimento, beneficios o prejuicios ante las patologías.<sup>28</sup>

**Horario de comidas:** Los individuos que sufren DM deben conservar sus niveles de glucosa dentro de los valores normales (entre 70 y 100mg/dl), o sea, que no se encuentren por encima o inferior de estos regímenes. La forma de conseguir esto es vigilando las horas de comida, ya que si se alarga mucho espacio de un alimento a otro, nos arriesgamos a que la glucosa descienda al punto que el sujeto empiece a mostrar síntomas de hipoglucemia, los cuales van desde el sudor frío, temblor corporal, mareo, ansias de comer con premura, pérdida de conocimiento y/o llegar a la defunción.

Pues bien, incluso cuando no se desarrolle disminución de la glucosa, la falta de comida en un periodo importante de tiempo, podría trascender en un abuso al hacerlo, excediendo así la porción de comida, lo que inducirá que la glucosa incremente más de lo necesario, en otras palabras, se originará hiperglucemia; aquello, en ocasiones extremas y de forma aguda, incrementará complicaciones llegando a un coma diabético y, a largo plazo, dificultades a nivel de riñones, ojos, miembros inferiores, etc. Para conservar los horarios es significativo establecer las ocupaciones diarias, dedicando un momento en especial a la alimentación. Aun cuando las labores, los estudios o cualquier otra acción sean una causa que obstruya el mencionado objetivo, el establecimiento de alternativas para llevar un orden en nuestra forma de alimentación será de suma importancia. Un ejemplo: preparar 5 comidas durante el día para impedir “hipoglucemias o hiperglucemias”, o sea, desayunar, comer, cenar y agregar 2 colaciones.<sup>29</sup>

**Consumo de Azúcar:** La Nutricionista Sandra Woodruff indica en su libro Postres para diabéticos que, si un individuo con buena salud debe restringir su consumo de forma diaria de azúcar a 50 gramos, es decir, doce cucharaditas, para quienes sufren DM se aconseja la mitad, o sea, 6 cucharaditas.

Lo que recomienda la especialista es valerse de la dulzura natural de los alimentos sin tener la necesidad de ingerir azúcar, así como:

- Las harinas integrales
- Avena

- germen de trigo
- frutas
- nuez moscada y productos de origen lácteos y bajos en grasa.

Por último, para disipar toda interrogante, los nutricionistas consideran que alimentos apetecibles, como los dulces, biscochos y tortas dan calorías y de ninguna son muy nutritivos, inclusive poseen también elevado contenido de grasas y colesterol, no obstante en mínimas cantidades ayudan a mantener los valores adecuados de azúcar y grasas en el torrente sanguíneo y a disminuir la presión arterial, también a perder un poco de masa corporal, claro, siempre teniendo cuidado en los excesos.<sup>24</sup>

**Regulación de raciones:** Los pacientes diabéticos particularmente, deben coger el hábito de medir y calcular las porciones de comida que van a ingerir y llevar un horario regular de comidas. Es el tipo de régimen alimenticio más aconsejable para la mayoría de pacientes. Para que sea proporcionado se deben ingerir las siguientes porciones de alimentos en un día: Dos porciones de suministros que contengan proteínas, 6 a 8 porciones de grasas, 2 porciones de fruta y una porción de hortalizas, 5 a 6 porciones de farináceos (ricos en carbohidratos), 1 a 2 porciones de verduras y 2 a 4 porciones de alimentos lácteos. El peso de las provisiones indicados es un aproximado y se cambiará de acuerdo a las exigencias calóricas de cada individuo. Según los nutricionistas se debe preferir los pescados y las aves con mayor frecuencia. Y de manera general retirar la mayor cantidad de grasa visible antes de cocinar el producto.<sup>31</sup>

Porciones de alimentos en una dieta equitativa, una porción en cada grupo de alimentos pertenece a:

Alimentos de origen proteicos: de 100 a 130 g de carne, 150 g de pescado, 2 huevos y 1 plato de legumbres (60-80 g en crudo).

Lácteos: 200 ml de leche, 2 yogures, 60 g de queso

Fruta y hortalizas: Una fruta de tamaño mediana, un plato de ensalada mixta.

Verdura: Un platillo

Cereales: Un platillo de arroz, pasta, legumbres (60-80 g en crudo)

Una papa mediana (180-200 g)

El pan de un bocadillo (50-60 g)



Grasas, contienen una porción: 10 g de aceite (equivale a una cucharada sopera), 12 g de mantequilla, 100 g de ternera, pollo, pescado.<sup>26</sup>

**Apetito:** Los niveles de glucosa en el torrente sanguíneo son los que envían esa información al cerebro, quien a modo de respuesta emite la sensación de apetencia. Ello es porque nuestro organismo no posee energía o azúcar y le es indispensable para llevar a cabo considerables procesos. En la alimentación, se le proporciona al cuerpo la energía necesaria. Quiere decir que los niveles de azúcar advierten a nuestro organismo si es necesario o no ingerir alimentos. Por ejemplo la sensación de apetito antes del desayuno: nuestro organismo pasó muchas horas de ayuno y necesita ingerir alimento para tener energía y así empezar el día. Es de suma importancia indicar que el estómago también regula el apetito, puesto que cuando se mantiene por un extenso espacio sin recibir ningún alimento se contrae. En el momento que el estómago se contrae, el deseo de ingerir alimento se hace intenso, mientras que cuando existe contenido alimenticio en su interior, la señal se dirige al centro de saciedad por lo que paramos de ingerir alimentos. Toda la regulación del apetito se origina en el cerebro, y los diferentes estímulos sensoriales ocasionan un impulso nervioso, que ejecuta sobre el centro del hambre manifestándose o liquidando la pretensión de comer. Así mismo, que el único modo eficaz de normalizar el apetito es seguir una dieta equilibrada y balanceada dividida en cinco tomas diarias: desayuno, a media mañana, comida, segunda colación y por último la cena. De este modo se regulará adecuada y eficazmente la pretensión de ingerir alimentos, ayudará a impedir consumir alimentos nada sanos entre horas o ingerir excesivamente en una sola ración.<sup>15</sup>

**Consumo de Bebidas alcohólicas:** Las Dietary Guidelines for Americans recomienda ingerir no más de dos bebidas alcohólicas en el caso de los varones y no más de una en el caso de las mujeres al día. No hay discrepancias en estas sugerencias entre individuos con diabetes y las que no tienen diabetes<sup>18</sup>.

El efecto sobre la glucemia obedece a la porción de alcohol bebido, así como su dependencia con la ingesta alimenticia. En personas tratadas con insulina, antes del primer alimento del día, ingerir bebidas con contenido alcohólico puede producir

disminución de la glucosa. El alcohol es convertido en glucosa y no permite la gluconeogénesis. Igualmente, incrementa y vuelve mas potente los efectos de la insulina al interferir en la respuesta contra reguladora al descenso de la glucosa inducida por dicha hormona. En el mayor de los casos de individuos la glucemia no es perturbada por la ingesta moderada de bebidas con contenido alcohólico siempre que la diabetes está muy bien controlada. Para personas que utilizan insulina, es permitido ingerir por día de hasta 2 “copas” (1 copa que es igual a 360 ml de cerveza, también 150 ml de vino) de una bebida. No se debe ignorar un alimento por el riesgo de hipoglucemia inducida por bebidas con contenido alcohólico, pues este último no requiere de insulina para ser metabolizado. Las personas con glucemia sin control, los que poseen aumento de triglicéridos y mujeres en etapa de gestación no deben ingerir alcohol. En personas con depresión a consecuencia de la enfermedad, suele darse el caso de la exagerada ingesta de alcohol sin tomar interés por mantener una salud adecuada, siendo esta una consecuencia grave que los puede llevar a la muerte. Las bebidas alcohólicas son ricas en calorías (7kcal/g) y es transformado en forma parecida a las grasas<sup>18</sup>.

## **B. Alimentos:**

Un propósito de ingesta alimentaria para la diabetes es un conductor que le dice qué tipos de alimentos debe ingerir y en qué proporción durante las comidas y a manera de bocadillos. Un buen plan de alimentación debe habituarse al horario y hábitos alimenticios. Un plan apropiado de ingesta alimentaria ayuda a verificar mejor su nivel de glucosa en el torrente sanguíneo, tensión arterial y nivel de colesterol, asimismo de mantener el la masa corporal apropiada. Si tiene que disminuir el peso o conservar su peso actual, su plan alimenticio puede ayudarlo. Los individuos con DM deben comprometerse mas con si mismos para asegurarse de que haya estabilidad entre sus alimentos y la ingesta de fibras, lácteos, frutas, menestras, arroz, grasas, verduras, comida rápida y snacks; para ayudar a controlar su nivel de glucosa. No obstante, de que los beneficios son claros, aún hay muchas interrogantes sobre cómo llevar a cabo esta alimentación precisa para

tratar la diabetes, puesto que no consiste solo en ingerir alimentos sanos, sino que es necesario tener algunos conocimientos adicionales.<sup>22</sup>

**Fibra:** Acerca de la fibra dietética, se demostró que es útil en el tratamiento dietético de la DM, ya que reduce la rapidez de absorción de los hidratos de carbono de los alimentos consumidos, impidiendo incrementos bruscos del nivel de azúcar en torrente sanguíneo luego de ingerir alimentos con alto contenido en fibra originarias de legumbres, avena, también fruta y algunas verduras, puede imposibilitar la absorción de glucosa en nuestro intestino delgado; así mismo, como las lentejas que contienen 15 gr. de fibra en aproximadamente dos cucharas, tomados conjuntamente con alimentos con contenido de azúcar y absorción rápida, disminuyen la velocidad global de absorción de azúcares de los alimentos, por ende acceden a contener más variedad de alimentos en la dieta en la diabetes. Por ejemplo: un zumo antes del primer alimento de día incrementa de forma rápida los niveles de glucosa en el torrente sanguíneo, entretanto que ingiriendo en el desayuno, junto con yogur y además frutos secos, su velocidad de absorción desciende considerablemente. Muchos nutricionistas concuerdan en señalar que una cantidad de fibra aconsejable para consumo cada diario se encuentra alrededor de los 25 gramos por día de fibra (una cucharada colmada). En tal sentido, lo más apropiado es comenzar la primera semana ingiriendo en torno a los 5g al día. La siguiente semana pasar de 5 a 10g. Así gradualmente hasta llegar a los 25 gramos diarios de fibra.<sup>30</sup>

**Lácteos:** Hoy en día hay más saberes que enfatizan del valor que tiene la leche para prevenir la DM. Por ejemplo, los próticos de la leche y el magnesio (mineral presente en los productos lácteos) nos ayudan a que se incremente la acción de la insulina, dicho de otro modo, disminuye las probabilidades de desarrollar resistencia a la insulina, sabemos que la acción de esta hormona conserva en niveles convenientes de glucosa en sangre. Así mismo, los individuos con DM podrían tener deficiencia de algunos nutrientes, los lácteos son una fuente de mucha importancia de las vitaminas A, C y D, también como algunas vitaminas del complejo B, además de minerales como el calcio y el fósforo, al introducir en su

dieta porciones de queso, yogur o leche, podrían cubrir lo sugerido de manera diaria de nutrientes”. Existen opciones saludables para individuos con Diabetes, es recomendable el consumo de yogur natural, con mínimo contenido en grasa y sin azúcar adicionada, leche descremada o deslactosada y quesos blancos con bajo contenido en grasa. Lo ideal es que ningún alimento carezca en el plato de los individuos con DM, no obstante que cada uno sea ingerido en la ración aconsejada. Así, es recomendable que sean tres raciones de alimentos lácteos las que comprendan en la dieta. “Una porción puede ser una taza de leche, treinta gramos de queso, un yogur o tres cucharadas de queso.”<sup>16</sup>

**Frutas:** Las frutas constituyen la principal fuente de vitaminas, por tal razón su consumo recomendado es de 300gr diarios o de dos a cuatro porciones por día (aprox. Tres de 3 a 4 frutas enteras al día). El azúcar de la frutas es la fructuosa, que también puede incrementar la glicemia en la sangre y alterar la secreción de insulina por parte del páncreas, por ello, su consumo excesivo también acarrea problemas, de igual manera son muy ricas en vitaminas, minerales y nutrientes, pero algunas de ellas son muy ricas en azúcares, de modo que resulta clave conocer cuáles son aquellas frutas que no deben ingerirse, así como el mango, las pasas, la uva y la piña, ya que poseen un alto contenido de azúcar, lo que conlleva a la elevación de glucosa en la sangre. Este producto alimenticio, como todo aquel rico en carbohidratos, deben ser ingeridos con moderación teniendo en cuenta su índice glucémico.<sup>16</sup>

El índice glucémico y la carga glucémica es una cantidad que representa la velocidad que los alimentos aumentan el azúcar en el torrente sanguíneo luego de ser ingeridos. El valor más alto es cien gramos que equivalen a la glucosa. Para conservar la glucosa en el torrente sanguíneo dentro de los valores normales se debe empezar a ingerir frutas con un valor de cincuenta gramos o menos. Las frutas con un índice glucémico entre cincuenta y cinco y setenta gramos poseen un índice glucémico intermedio y las de puntaje mayor a setenta gramos es alto. Las frutas con este índice glucémico alto deben ser ingeridas en raciones controladas.<sup>15</sup>

**Arroz:** Las personas con diabetes pueden ingerir arroz sólo en poca cantidad. El arroz incluye carbohidratos, que se dividen en glucosa y que es absorbida por la nuestra sangre. Si ingerimos más de lo recomendado en un día o en una comida podría elevar el nivel de azúcar. En esta patología se debe restringir la ingesta de arroz y tener en cuenta otras fuentes de carbohidratos. Un gran número de adultos con DM no deben ingerir mayor de 200 gramos de arroz durante día. La cantidad diaria recomendada para los adultos es de 135 gramos por día que es lo mismo que decir de 6 a 7 cucharadas de arroz durante el día, sin embargo cada individuo debe poseer su propia meta con respecto a la ingesta de carbohidratos. Las mujeres embarazadas necesitan al menos 175 gramos de carbohidratos al día.<sup>16</sup>

**Grasas:** No hay acuerdo en cuanto a la manera de dividir los carbohidratos y los lípidos de los alimentos. La Asociación Americana de la Diabetes (American Diabetes Association) aconseja que la ingesta de las grasas saturadas, para los individuos con DM, se conserve en un diez por ciento de las calorías, puesto que las grasas saturadas incrementan el colesterol en el torrente sanguíneo y elevan el riesgo de contraer cardiopatías. La ingesta total de la grasa y el aceite debe fundamentarse en los niveles de colesterol de la persona, en su control de glucosa en la sangre, y su forma de vida. Algunos ejemplos concerniente a grasas y aceites "saludables" (bajos en grasas saturadas y colesterol, y con más grasas monosaturadas) contienen el aceite de oliva, las aceitunas, las nueces y la palta en tal sentido el colesterol total de la dieta no será superior a 300 mg/día y, a ser posible, inferior a 200 mg/día, de modo que el porcentaje de calorías originarios de lípidos en los alimentos diarios dependen de los objetivos anhelados referente a glucemia, lipidemia y peso corporal<sup>28</sup>.

**Verduras:** Contienen vitaminas y minerales que son primordiales para el organismo. Algunos vegetales del mismo modo contienen fibra. Por lo que ellos carecen de calorías cuando se ingieren crudos o cuando se cocinan, a los sujetos con DM se les anima a ingerir suficientes vegetales. A pesar de ello, los individuos que tienen diabetes mellitus tipo 2 aún necesitan calcular los carbohidratos cuando ingieren sus vegetales, puesto que aún los vegetales no almidonados cuentan con algunos carbohidratos, del mismo modo estos alimentos nos dan la cantidad de

vitaminas que otros alimentos no los tienen, su consumo debe ser de forma diaria y las necesidades dependen de los requerimientos de cada etapa de vida, el consumo estándar son porciones de 3 a 5 veces al día, Su porción es más abundante debido a su bajo peso molecular, a diferencia de los demás grupos de alimentos, por lo que no existe un consumo máximo, es mucho mejor si excede lo recomendado.<sup>28</sup>

**Comida rápida y snacks:** El National Institutes of Health cita un estudio realizado en el año 2005 revisado en "The Lancet" donde se vincula que ingerir alimentos de preparación más de dos veces por semana genera un incremento en la resistencia de la insulina, por ende los alimentos chatarra empaquetada o snacks (papitas lays, doritos, etc.): Esta muestra de frituras contienen un ingrediente que es el ascenso de grasas saturadas lleva al incremento del colesterol en sangre. Son productos refritos en hornos con enormes cantidades de aceite. No sucede lo mismo en los aderezos, una persona diabética puede ingerir un palto estofado sin ningún inconveniente<sup>16</sup>

### **Cuidados en Enfermería en pacientes diabéticos:**

Una de las principales atenciones que ofrece el personal de Enfermería al usuario con DM tipo 2 es la educación acerca de esta enfermedad, esencial para que el usuario logre una ayuda de calidad y así utilice sus sapiencias acerca de los cuidados cotidianos que necesita el paciente; los cuidados que ofrece el personal de Enfermería a los usuarios con diabetes están fundamentados en los cambios de los hábitos alimentarios, en detectar y dar el tratamiento de forma temprana de las dificultades particulares de esta patología, del mismo modo en la prevención terciaria que precisamente está direccionada a usuarios con dificultades severas para frenar o retrasar el curso de esta enfermedad, mediante la ayuda psicológica y social.<sup>31</sup>

El personal de Enfermería tiene la tarea significativa en la atención a los individuos con DM. Ello exige de forma probable ciertas modificaciones y adecuaciones en

algunas maneras de trabajo; solicita activar recursos comunitarios e impartir el conocimiento profesional con personas que atienden a cada momento a los pacientes brindando información sobre diabetes mellitus tipo II.<sup>31</sup>

Son labores de suma importancia para Enfermería, a las que ofrecen tiempo y de las que se hace una estimación de forma positiva del producto. Incluye también conocimientos e información sobre dicha patología, alimentos sanos, dieta apropiada a su disposición, medidas provisionales y de confianza, etc.<sup>23</sup>

Ello se conseguirá por medio de asesoría de los trabajadores sanitarios del establecimiento de salud o durante visitas domiciliarias, sesiones educativas, programas, campañas y demostraciones, involucrando a personal de Enfermería y a todo el personal de salud. También es de suma importancia el uso de procedimientos auxiliares de instrucción en pacientes con diabetes mellitus así como herramientas impresas, rótulos, material audiovisual, para así poder emitir mensajes con contenido educativos. La tarea del personal de Enfermería es brindar apoyo al usuario, la familia y también la comunidad para cubrir las necesidades requeridas y dar solución a problemas, empleando el Proceso de Atención de Enfermería.<sup>31</sup>

#### **1.4. Formulación del Problema:**

##### **Problema General**

¿Cuáles son los hábitos alimentarios de los pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 que se atienden en la Clínica Ricardo Palma, setiembre, 2016?

##### **Problemas Específicos:**

¿Cómo son los hábitos alimentarios en la dimensión conductas, que presentan los pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 que se atienden en la Clínica Ricardo Palma?

¿Cómo son los hábitos alimentarios en la dimensión alimentos, que presentan los pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 que se atienden en la Clínica Ricardo Palma?

### **1.5. Justificación del estudio**

Este estudio se realiza porque la diabetes es uno de los vitales problemas de salud pública a nivel internacional, debido a sus índices de morbilidad, mortalidad y efectos socioeconómicos de toda la población. Los hábitos alimentarios y el control nutricional acompañado de buenos estilos de vida constituyen las normas ideales para el control de los niveles ideales de glucosa.

Este trabajo busca destacar el trabajo del profesional de Enfermería, quien tiene la responsabilidad de prevenir las complicaciones de dicha enfermedad; mediante la educación y promoción de estilos de vida saludables.

El estudio busca demostrar que los hábitos alimenticios es la norma más difícil de controlar en los pacientes diabéticos, muchas veces relacionados al desconocimiento de los hábitos alimenticios adecuados que deben seguir.

Así mismo, se busca concientizar a los pacientes del área de Hospitalización y del consultorio de Endocrinología, de la Clínica Ricardo Palma, a cerca de la necesidad de mantener una alimentación saludable como parte del tratamiento de dicha enfermedad.

Esta investigación promoverá también la realización de nuevas investigaciones dirigidas a estudiar los diversos factores personales, familiares y sociales que influyen en los hábitos alimentarios de los pacientes y que son perjudiciales para su salud.

### **1.6. Hipótesis General:**

No requiere

### **1.7. Objetivos**

#### **Objetivo General**



Determinar los hábitos alimentarios de los pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 que se atienden en la Clínica Ricardo Palma, 2016 según dimensiones.

### **Objetivos Específicos**

- Evaluar los hábitos alimentarios en la dimensión conductas, que presentan los pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 que se atienden en la Clínica Ricardo Palma.
- Evaluar los hábitos alimentarios en la dimensión alimentos, que presentan los pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 que se atienden en la Clínica Ricardo Palma.

## **II. MÉTODO**

### **2.1. Diseño de investigación**

El estudio fue descriptivo porque busca detallar propiedades considerables de individuos, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno expuesto a análisis.

El diseño de la investigación fue no experimental, de corte transversal porque se llevó a cabo sin utilizar deliberadamente variables en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para luego analizarlos: se dividió teniendo en cuenta el tiempo durante la recolección de datos; y fue de diseño transversal porque se recogieron datos en un solo periodo, en un tiempo único; su intención es describir variables y su incidencia de interrelación en un momento dado.

### **2.2. Variables, operacionalización:**

**Variable:** Hábitos alimentarios



## CUADRO DE OPERACIONALIZACION

VARIABLE	D.CONCEPTUAL	D.OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
<b>HÁBITOS ALIMENTARIOS</b>	El hábito alimentario, también denominado como dieta alimentaria, es el agregado de sustancias alimentarias que se consuman para así formar prácticas o comportamientos de forma nutricional de los individuos y ello forma parte de su estilo de vida. <sup>24</sup>	Se midió el grado de conocimientos que tienen los pacientes con DM sobre hábitos alimentarios, a través de la escala de Likert.  Los resultados serán interpretados como adecuados, regulares y deficientes (adecuado: 121-155, Regulares: 37-120, Deficientes:31-36)	Conductas	Horario Antojos Porciones Apetito Saciedad Alcohol	Ordinal:  Adecuados (125-160) Regulares (69-124) Deficientes (32-68)
			Alimentos	Fibra Lácteos Frutas Menestras Arroz Grasas Frituras Verduras Chatarras Dulces o golosinas	

### **2.3. Población y muestra**

La población estuvo conformada por pacientes con Diabetes Mellitus tipo II que se atendían en la Clínica Ricardo Palma durante los meses de octubre y noviembre del año 2016, siendo un total de 60 pacientes.

**Muestra:** No se trabajó con muestra, se trabajó con toda la población.

#### **Criterios de Inclusión:**

- Pacientes con diagnósticos de Diabetes.
- Paciente de sexo masculino y femenino.
- Pacientes que lleven control en la Clínica Ricardo Palma

#### **Criterios de Exclusión**

- Usuarios que no quieran contribuir en el estudio y/o no firmen el consentimiento informado.
- Usuarios desorientados en tiempo, espacio y persona.

### **2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad**

La técnica que se utilizó fue la encuesta.

El instrumento que se utilizó fue la escala de Likert compuesta por 32 ítems, con 5 alternativas: siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca dividida en 2 dimensiones: 12 preguntas evaluaron las conductas y 19 preguntas evaluaron alimentos. (Ver anexo 02).

La **validación** del instrumento se estableció mediante el Juicio de expertos, en donde se contó con la participación de cinco expertos de la salud entre docentes universitarios, especialistas en el área asistencial y de investigación. Obteniéndose un 82% de validez (Ver anexo 03).

La **confiabilidad** del instrumento se realizó a través una prueba piloto, en la cual se encuestó a diez pacientes con diabetes mellitus, los cuales no formaron parte de la población de estudio. Luego se pasó al programa SPSS 20 para evaluarlo con el alfa de cronbach donde se consiguió como resultado 0.849, lo cual muestra que la encuesta que se aplicó es confiable (ver anexo 04).

#### **2.4. Métodos de análisis de datos:**

Para el análisis de los datos se utilizó el libro de códigos (Ver anexo 05) para vaciar los datos utilizando el programa SPS versión 20; para la interpretación de resultados se calcularon los puntajes según estaninos. Los resultados finales se obtuvieron utilizando la estadística descriptiva, presentado de gráficos o tablas con frecuencias y porcentajes.

Obteniendo los calificativos de adecuado: 125-160, Regulares: 69-124, Deficientes: 32-68. (Ver anexo 06)

#### **2.5. Aspectos éticos**

La investigación tuvo en cuenta los siguientes principios éticos:

**Consentimiento informado:** Los usuarios con diabetes mellitus que participaron en el presente estudio de investigación fueron informados sobre los objetivos y también los beneficios que tendrían si aceptan su participación en el. (Ver anexo 07)

**Autonomía:** Los usuarios con diabetes mellitus que participaron en el estudio de investigación fueron informados de los objetivos de la investigación. Esto fue resguardado mediante la firma del consentimiento informado.

**Justicia:** Los pacientes con diabetes mellitus tuvieron derecho a estar al tanto los fines del estudio, lo que se hará con los resultados y puedan resolver retirarse del mismo en el instante que lo deseen.

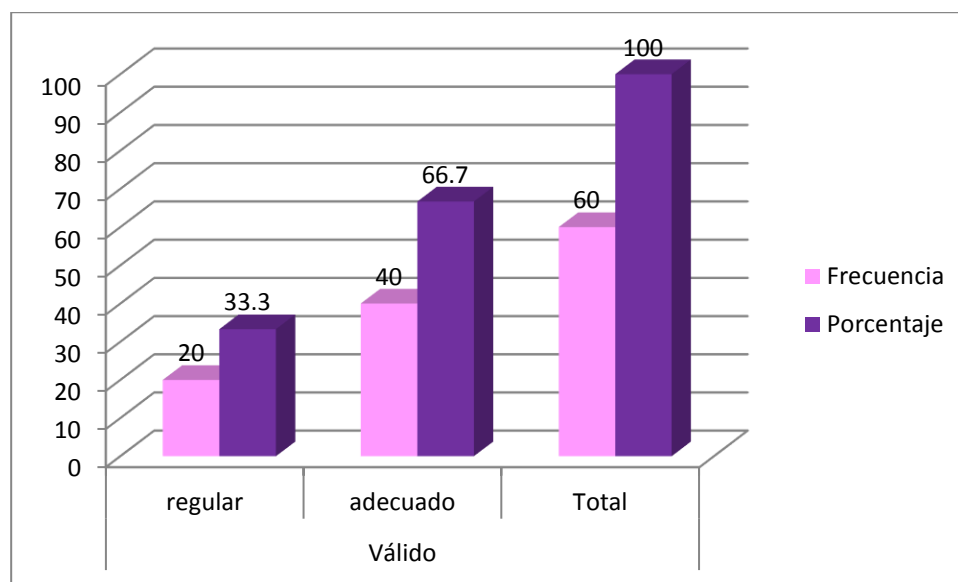
**No maleficencia:** Se respetó los derechos de los pacientes a participar libremente, sin afectar física ni emocionalmente bajo ningún suceso.

**Beneficencia:** Al finalizar el estudio, se les brindó a los pacientes con diabetes mellitus folletos informativos sobre la diabetes.

### III. RESULTADOS

**Gráfico 1**

Hábitos alimentarios de los pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 que se atienden en la Clínica Ricardo Palma, 2016.

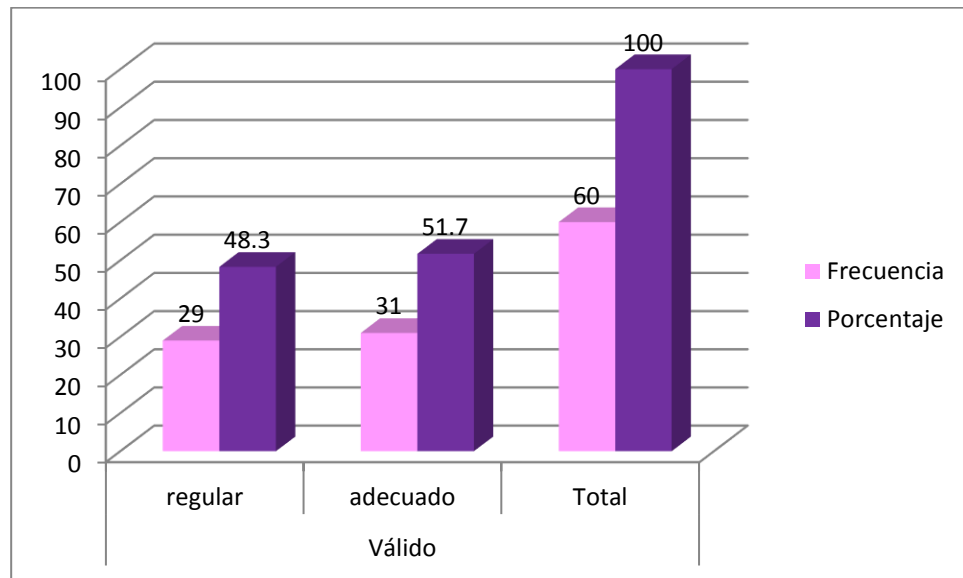


**Fuente:** Cuestionario (Likert) aplicado a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el consultorio de endocrinología de la Clínica Ricardo Palma. López, 20017.

**Interpretación:** Se observa que, de un total de 60 usuarios, la mayor parte hábitos alimentarios adecuados con un 66.7% (40) sobre diabetes mellitus tipo 2; sin embargo también podemos observar que un 33.3% (20) tienen hábitos alimentarios regulares; del mismo modo se puede apreciar que no existen hábitos alimentarios deficientes en el grupo de pacientes.

**Gráfico 2**

Hábitos alimentarios en la dimensión conductas, que presentan los pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2



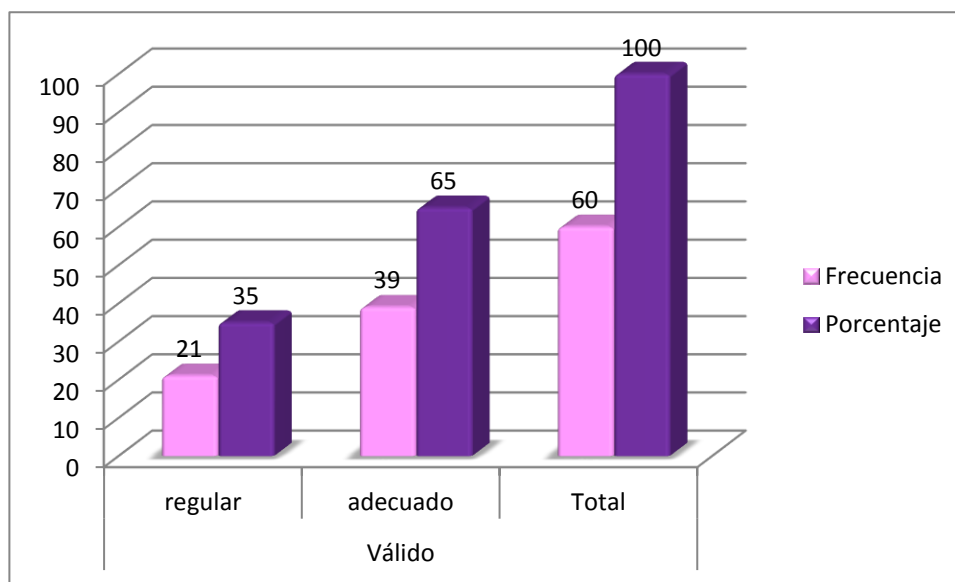
**Fuente:** Cuestionario (Likert) aplicado a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el consultorio de endocrinología de la Clínica Ricardo Palma. López, 20017.

**Interpretación:** Se observa que, de un total de 60 usuarios, la mayor parte presenta conductas adecuadas con un 51.7% (31) sobre diabetes mellitus tipo 2; sin embargo, podemos observar que un 48.3% (29) tienen conductas regulares; del mismo modo se puede apreciar que no existen conductas deficientes en el grupo de pacientes.



**Gráfico 3**

Hábitos alimentarios en la dimensión alimentos, que presentan los pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2



**Fuente:** Cuestionario (Likert) aplicado a pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el consultorio de endocrinología de la Clínica Ricardo Palma. López, 20017.

**Interpretación:** Se observa que, de un total de 60 usuarios, la mayor parte presenta alimentación adecuada en la dimensión alimentos con un 65% (39) sobre diabetes mellitus tipo 2; así mismo podemos observar que un 35% (21) poseen una alimentación regular; del mismo modo se puede apreciar que no existen alimentación deficiente en el grupo de pacientes.

#### IV. DISCUSIÓN

- Respecto a los hábitos alimentarios en pacientes adultos con diabetes, en el presente estudio se encontró que la mayoría de pacientes 66,7% presenta hábitos alimentarios adecuados y 33,3% presenta hábitos alimentarios regulares, del mismo modo se puede apreciar que no existen hábitos alimentarios deficientes en el grupo de pacientes. Estos resultados son similares con Treviño I. (México, 2012)<sup>10</sup> quien obtuvo un 98% de pacientes encuestados que sus hábitos de alimentación fueron regulares; así mismo se encuentra similitud con Russo V. (Argentina, 2011)<sup>11</sup> quien obtuvo un 72% de usuarios encuestados que conservaban buenos hábitos de vida. Del mismo modo nuestro estudio es similar con Piñheiro D. (Iquitos, 2014), quien obtuvo que el 81.5% de pacientes tiene hábitos alimentarios inadecuados y solamente el 18.6% tiene hábitos alimentarios adecuados. De acuerdo a la base teórica consultada, Soriano<sup>26</sup>, refiere que los hábitos alimentarios son los factores que condicionan la elección de alimentos y el comportamiento alimentario, por lo tanto, que un individuo se alimente de modo correcto y saludable variará en función de sus criterios, teniendo en cuenta sus conductas y la ingesta; al respecto las dietas inadecuadas tienen un importante impacto socio sanitario en nuestro país; en consecuencia de acuerdo con las relaciones establecidas, las conductas: horario regular de comidas, ingesta de azúcar, regulación de raciones, el apetito y la ingesta de alcohol dependerán directamente de 1) los beneficios que la persona les reconozca, 2) el apoyo familiar para mantener dichas disciplinas, y 3) las barreras que se encuentren en el ambiente para llevar a cabo las citadas conductas. En base a lo encontrado podemos deducir que tener un nivel de comprensión medio sobre hábitos alimentarios en la diabetes contribuyen considerablemente en la disminución de contraer las complicaciones, los cuales son la alteración del páncreas, polidipsia, polifagia y poliuria, que son los signos más resaltantes de dicha enfermedad; si esto no se llega a cumplir con el tratamiento o cuidado adecuado que se brinde, puede llegar a complicaciones serias, así como llevar a la muerte. Por el momento, de acuerdo a lo analizado; se puede asumir que si estas personas tienen un

conocimiento regular sobre dicha enfermedad; es posible que no todos tengan conciencia de lo que puede pasar a futuro si no se tiene un hábito alimentario adecuado. Además, hace falta reflexionar sobre los puntos débiles en el conocimiento y la eficacia del mismo sobre las conductas saludables. Pensar en conjugar el conocimiento y la concientización seguramente tendría más valor en términos de resultados en los autocuidados que debe ejercer el paciente.

Acerca de los hábitos alimentarios en la dimensión conductas, que presentan los usuarios adultos con diabetes mellitus tipo 2; se encontró como resultado, de un total de 60 usuarios, la mayoría presenta hábitos alimentarios adecuados en la dimensión conductas con un 51.7% (31) sobre diabetes mellitus tipo 2; sin embargo también podemos observar que un 48.3% (29) tienen hábitos alimentarios regulares; del mismo modo se puede apreciar que no existen hábitos alimentarios deficientes en el grupo de pacientes. Estos resultados son similares con Román V. (Quito, 2014)<sup>8</sup> quien obtuvo que 8.82% tienen hábitos alimentarios adecuados. Así mismo se encuentra similitud con Barreiro G. (Argentina, 2011)<sup>16</sup> quien obtuvo como resultado que el 72,5% tienen hábitos alimentarios adecuados. Estos resultados difieren con Picón P. (Lima-Perú, 2011)<sup>18</sup> quien obtuvo que 43,3% de pacientes presento conductas alimentarias inapropiadas. De acuerdo a la base teórica consultada, Minsa<sup>28</sup>, refiere que las conductas se hallan también vinculados los hábitos alimentarios, estimados como una disposición lograda por actos reiterados que terminan creando una forma de ser y vivir de la persona. Dentro de ello está relacionado el horario regular de comidas, consumo de dulces, las porciones a ingerir, la regulación del apetito, la saciedad y la ingesta de alcohol, de esta forma la conducta alimentaria está mucho más afectada por los hábitos y las costumbres que por un raciocinio lógico. Con los hábitos alimentarios está vinculado, también, su valor simbólico. Se suele asignar al alimento, beneficios o prejuicios ante las patologías<sup>28</sup>. En base a lo encontrado podemos decir que las conductas alimentarias que se esperan tener de modo que no afecten la salud del paciente diabético, son las altamente saludables; entonces nuevamente no podemos conformarnos con resultados

regulares; siendo importante por otro lado, analizar el papel que desempeña la familia y el predominio de los amigos sobre la toma de conciencia y el autocuidado del paciente en la vigilancia de la enfermedad y especialmente la dieta. Justamente en el ámbito social es cuando muchas veces se cometen los excesos; sin embargo aquí existe el reto de convertir este aspecto en una fortaleza porque después de todo los más llamados a apoyar al paciente a través de la consolidación de hábitos saludables, son su familia y círculo cercano de amistades.

Acerca de Hábitos alimentarios en la dimensión alimentos, que presentan los usuarios adultos con diabetes mellitus tipo 2. Se encontró como resultado de un total de 60 usuarios, la mayoría presenta alimentación adecuada con un 65% (39); sin embargo, también podemos observar que un 35% (21) tienen hábitos alimentarios regulares; del mismo modo se puede apreciar que no existen hábitos alimentarios deficientes en el grupo de pacientes. Estos resultados son similares con Jiménez J. (España, 2015)<sup>12</sup> quien obtuvo que el 70% tienen hábitos alimentarios adecuados. Así mismo se encuentra similitud con Barrera M, Pinilla A, Caicedo L, Castillo Y, Lozano Y, Rodríguez K. (Colombia, 2011)<sup>13</sup> quien obtuvo que 42,3%. Estos resultados difieren con Picón P. (Lima-Perú, 2011)<sup>18</sup> quien obtuvo que el 37,4% tienen hábitos alimentarios inapropiados. De acuerdo a la base teórica consultada, Murillo<sup>35</sup> refiere que los alimentos y buen plan de alimentación deben habituarse al horario y hábitos alimenticios. Un plan apropiado de ingesta alimentaria ayuda a verificar mejor su nivel de glucosa en el torrente sanguíneo, tensión arterial y nivel de colesterol, asimismo de mantener el la masa corporal apropiada. Si tiene que disminuir el peso o conservar su peso actual, su plan alimenticio puede ayudarlo. Los individuos con DM deben comprometerse más con si mismos para asegurarse de que haya estabilidad entre sus alimentos y la ingesta de fibras, lácteos, frutas, menestras, arroz, grasas, verduras, comida rápida y snacks; para ayudar a controlar su nivel de glucosa. No obstante, de que los beneficios son claros, aún hay muchas interrogantes sobre cómo llevar a cabo esta alimentación precisa para tratar la diabetes, puesto que no consiste solo en

ingerir alimentos sanos, sino que es necesario tener algunos conocimientos adicionales<sup>31</sup>. En base a lo encontrado podemos centrar nuestra atención en los pacientes que presentan alimentación regular. Siendo de vital importancia la alimentación saludable sobre esta enfermedad y la calidad de alimentos que ingieren son elementos claves y necesarios para obviar las posibles complicaciones que los puede llevar a una calidad de vida nociva. La enfermera como primordial fuente de información debe conocer los alimentos saludables y perjudiciales para conservar niveles apropiados de glucosa, teniendo en cuenta los ingresos económicos de cada paciente, prevaleciendo la ingesta de alimentos nutritivos y accesibles de manera económica.

## **V. CONCLUSIONES**

- La mayoría de usuarios con diabetes mellitus tipo II presenta hábitos alimentarios adecuados.
- De toda población estudiada, el 33.3% de pacientes presentan hábitos alimentarios regulares, esto evidencia un moderado conocimiento sobre una adecuada alimentación en esta enfermedad.
- Respecto a la dimensión conductas, el 51.7% de los usuarios con diabetes mellitus tipo II presentan conductas adecuadas, del mismo modo el 48.3% presentan conductas regulares.
- Con respecto a la dimensión alimentos, el 65% de los usuarios con diabetes mellitus tipo II presentan alimentación adecuada, así mismo el 35% presentan alimentación regular.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- Que la Clínica Ricardo en el área de endocrinología establezca un programa de educación de forma continua a cerca de las costumbres alimentarias saludables en los pacientes diabéticos.
- Conocer los hábitos alimentarios de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, de esta forma poder identificar las causas que impidan cumplir con una dieta saludable.
- Los pacientes ya diagnosticados necesitan conocer de las complicaciones que conlleva dicha patología, y aquí entra a tallar la valiosa labor de la enfermera brindando a estos paciente sesiones educativas sobre alimentación y nutrición saludable, ya que hay algunas personas sabiendo de su enfermedad siguen consumiendo alimentos que perjudican su salud y que incluso estas complicaciones pueden llevarlos a la muerte.
- Propiciar y continuar con investigaciones que conllevan a solucionar problemas hallados, donde se busque promover hábitos alimentarios adecuados, mediante estrategias alimentarias, con especial énfasis en conductas alimentarias, así mismo estudios comparativos con instituciones públicas y privadas , específicamente en la población estudiada.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Guías ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con medicina basada en evidencia. [publicación periódica en línea] 2013.Octubre [citado: 2016 abril 20]; 3(1) 141-142. Disponible en: [https://issuu.com/alad-diabetes/docs/guias\\_alad\\_2013?e=3438350/5608514](https://issuu.com/alad-diabetes/docs/guias_alad_2013?e=3438350/5608514)
2. OMS. Diabetes: El coste de la diabetes. World Health Organization: who.int [serie en internet]. 2016 [consultado 21 abril 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
3. Vargas H, Casas L. Epidemiología de la diabetes mellitus en Sudamérica. Clin Investig Arterioscler [internet].2016 [consultado 29 de abril 2016]; 28(5). Disponible en: <http://bibliotecahcam.iess.gob.ec/opac-tmpl/hcam/pages/vancouver.pdf>
4. Instituto Nacional de Salud, MINSA. Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales Relacionados con las Enfermedades Crónicas degenerativas [internet]. 2006- [consultada el 23 de mayo del 2016; 16 (3). Disponible en: [https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2007/nutricion/publicaciones/INFO\\_RME\\_FINAL\\_ENIN.pdf](https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2007/nutricion/publicaciones/INFO_RME_FINAL_ENIN.pdf)
5. Roman Moya V. Hábitos alimentarios de pacientes adultos diabéticos tipo II antes de su diagnóstico. Tesis para optar el grado de licenciada en nutrición humana. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2014



6. Lemache Arboleda K. Salud Mental y patrones alimentarios en el grupo de diabéticos del Hospital de Motupe de la ciudad de Loja. Tesis de maestría. Universidad de Loja – Ecuador; 2013
7. Treviño Vazquez I. Influencia en la alimentación de adultos en riesgo de diabetes tipo II. Tesis de maestría. Universidad Autónoma de Nuevo Leon; 2012.
8. Russo V. Hábitos alimentarios en pacientes diabéticos tipo II adultos que acudieron a las consultas de cardiología y clínica en el hospital provincial de la ciudad de Arroyo Seco. Tesis para optar el título de licenciado en nutrición. Universidad Abierta Interamericana; 2011.
9. Jiménez J. Hábitos alimentarios y riesgo cardiovascular en adultos con diabetes mellitus tipo 2 que asisten a los centros de atención primaria de la salud. Tesis para optar el título de licenciada en nutrición. Intituto universitario de ciencias de la salud; 2015.
10. Jacome E. Estado Nutricional, ingesta alimentaria relación con el control metabólico, en pacientes mayores de 65, años con diabetes mellitus tipo II en dos centros hospitalarios de la provincia de Santa Elena. Tesis para optar el titulo de nutricionista dietista. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo – Ecuador; 2011
11. Barrera M, Pinilla A, Caicedo L, Castillo Y, Lozano Y, Rodríguez K. (eds). Factores de riesgo alimentario y nutricional en adultos con Diabetes Mellitus.
12. Barreyro Bebacqua G. Habitos Alimentarios y de vida de pacientes adultos Diabéticos del tipo II. Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería. Universidad Abierta Interamericana; 2009.

13. Piñheiro D. Hábitos alimentarios y estado nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo II del Centro de atención primaria III EsSalud- Puncahana. Tesis para obtener el grado de licenciada en bromatología y nutrición humana. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. 2014.
14. Mayeya Picon, P. Conocimientos sobre diabetes y conductas alimentarias en pacientes con diabetes tipo II en atención ambulatoria del servicio de endocrinología, hospital Guillermo almenara Irigoyen. Tesis para optar el título de licenciado en enfermería. Escuela de enfermería Padre Luis Tezza; Lima 2011.
15. Cano Perez, J. Franch. Guía de la diabetes: Recomendación clínicas con niveles de evidencia. 5° ed. España, Barcelona; 2011.
16. Dan L. Longo, Dennis L. Kasper, J. Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Joseph Loscalzo. Harrison, principios de la medicina interna. 18<sup>va</sup> ed. España: McGraw-Hill; 2012.
17. Who.int [internet] Ginebra: centro de prensa; 2015 [actualizado 21 de abr del 2016, citado 19 de may del 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr47/es/>
18. Pallardo S T, Morante M A, Rovira L. Endocrinología clínica [internet]. España: El servier Masson [consultado el 10 de setiembre del 2016] Disponible en: [http://books.google.com.pe/books?id=RDHjdzVuc10C&pg=PA295&dq=alimentos+en+diabeticos+2009&hl=es&ei=zFhzTqrll4jJ0AG1tcW8DQ&sa=X&oi=book\\_result&ct=book-thumbnail&resnum=5&sqi=2&ved=0CE4Q6wEwBA#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.pe/books?id=RDHjdzVuc10C&pg=PA295&dq=alimentos+en+diabeticos+2009&hl=es&ei=zFhzTqrll4jJ0AG1tcW8DQ&sa=X&oi=book_result&ct=book-thumbnail&resnum=5&sqi=2&ved=0CE4Q6wEwBA#v=onepage&q&f=false)

19. Torres, Carvalho H; Roque, C; Núñez, Cristiane “Visita domiciliar: estrategia educativa para el autocuidado de clientes diabéticos” 19(1):89-93,  
Disponible: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>
20. Organización Mundial de la salud, WHO Media Center.2010 [citado mayo 2016,[  
aprox. 1 p]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/18/es/index.html>
21. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina [publicación periódica en línea]  
2010. Diciembre [citada: 2016 junio 12]; 152 (1): [aproximadamente 27pp]  
disponible en: [https://med.unne.edu.ar/revista/revista152/7\\_152.htm](https://med.unne.edu.ar/revista/revista152/7_152.htm)
22. Guías Clínicas diagnóstico y tratamiento de American diabetes Association.  
Actualizaciones 2011 Disponible en: <http://www.medtropoli.net/2011/01/04/guias-y-revisiones-sobre-diabetes-mellitus/>
23. Roach. Lo esencial en metabolismo y nutrición. [internet]. 3 ed. ED. El sevier,  
España 2010, [citado 2016 de junio 2].Disponible en :  
[http://books.google.com.pe/books?id=-  
Y75uwsbgwQC&pg=PA138&dq=libro+de+diabetes+mellitus+del+2010&hl=es&ei=  
=POxgTtGdCczAtgeay7XnDw&sa=X&oi=book\\_result&ct=result&resnum=2&ved=  
0CD0Q6AEwAQ#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.pe/books?id=Y75uwsbgwQC&pg=PA138&dq=libro+de+diabetes+mellitus+del+2010&hl=es&ei=POxgTtGdCczAtgeay7XnDw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CD0Q6AEwAQ#v=onepage&q&f=false)
24. Tébar F y Escobar F. La diabetes mellitus en la práctica clínica: Buenos  
Aires:Panamericana; 2009.
25. Carbajal C, Duperly J, Gempeler J, Kattah W, Llano M, Zundel N. Obesidad: un  
enfoque integral. Bogotá:Universidad del rosario; 2000.
26. Soriano J. Nutrición básica humana. Valencia: Universidad del rosario; 2006

27. Giraldo A, Toro M, Macías A, La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables[internet]. Colombia: Scielo [consultado el 30 de julio del 2016] Disponible en:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-75772010000100010](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772010000100010)
28. Aranceta J, Pérez C, García M. Nutrición comunitaria (III). 3.<sup>a</sup> ed. España: Universidad de Cantabria; 2002
29. Organización mundial de la salud [Publicación periódica en línea] 2016. Julio [citada: 2016 julio 11] [aproximadamente 4 pp].  
  
Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
30. Navarro J. Efecto del consumo de fibra en el paciente diabético [Publicación periódica en línea] 2012. Marzo [Citada: 2016 junio 14].  
  
Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2012/rmc121e.pdf>
31. Revista médica electrónica [Publicación periódica en línea] 2014. Junio [Citada: 2016 agosto 11]. [aproximadamente 10 pp].  
  
Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-de-enfermeria-diabetes-tipo-2/3/>

## ANEXOS

### ANEXO 01

#### MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	DISEÑO	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
<p><b>Problema general:</b> ¿Cuáles son los hábitos alimentarios de los pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 que se atienden en la Clínica Ricardo Palma, setiembre, 2016?</p> <p><b>Problema específico:</b> ¿Como son los hábitos alimentarios en la dimensión conductas, que presentan los pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 que se atienden en la Clínica Ricardo Palma?</p> <p>¿Cómo son los hábitos alimentarios en la dimensión alimentos, que presentan los pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 que se atienden en la Clínica Ricardo Palma?</p>	<p><b>Objetivo General:</b> Determinar los hábitos alimentarios de los pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 que se atienden en la Clínica Ricardo Palma, 2016.</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b> Evaluar los hábitos alimentarios en la dimensión conductas, que presentan los pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 que se atienden en la Clínica Ricardo Palma, 2016</p> <p>Evaluar los hábitos alimentarios en la dimensión alimentos, que presentan los pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 que se atienden en la Clínica Ricardo Palma, 2016.</p>	No requiere	<p><b>Diseño de investigación</b></p> <p>El diseño es de enfoque cuantitativo, de tipo explicativo, de cohorte transversal</p>	Conductas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Horario</li> <li>- Azúcar</li> <li>- Porciones</li> <li>- Apetito</li> <li>- Alcohol</li> </ul>	1,2 3,4 5,6 7,8,9 10,11,12
				Alimentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fibra</li> <li>- Lácteos</li> <li>- Frutas</li> <li>- Arroz</li> <li>- Grasas</li> <li>- Verduras</li> <li>- Comida rápida</li> </ul>	13,14,15 16,17,18 19,20,21 22,23,24, 25,26,27,28 29,30 31,32

UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO

Estimado (a) participante:

El presente cuestionario tiene como propósito recabar información sobre los hábitos alimentarios en pacientes adultos con diabetes. Consta de una serie de preguntas relacionados a dicho tema. La información que se recabe tiene por objeto la realización de un trabajo de investigación relacionado con dichos aspectos.

**Parte I:**

Sexo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:**

En las preguntas que se presentan a continuación existen 5 alternativas de respuesta, escoja la respuesta adecuada según su apreciación:

Señale con una equis (x) en la casilla correspondiente a la observación que se ajuste a su caso particular.

Asegurarse de marcar una sola alternativa por cada pregunta.

Por favor no deje ningún ítem sin responder para que exista una mayor confiabilidad en los datos recabados.

Si surge alguna duda consulte al encuestador.

**PARTE II: CUESTIONARIO:**

ESCALA DE LIKERT							
LEYENDA:	S:	siempre	CS:	casi siempre	AV:	a veces	
	CN:	casi nunca	N:	nunca			
ITEM	PROPOSICIÓN		RESPUESTAS				
1.	Tengo un horario fijo de alimentación		S	CS	AV	CN	N
2.	Ingiero alimentos 5 veces al día						
3.	Consumo más de 6 cucharaditas de azúcar al día						
4.	Evito consumir azúcar						
5.	Consumo pollo y pescado						

6.	Consumo pan, galletas y tostadas					
7.	No puedo controlar el hambre todo el tiempo					
8.	Ingiero mas de 5 comidas al día					
9.	Para controlar el apetito elijo comer una fruta o verdura a media mañana					
10.	Bebo más de una copa de licor al día					
11.	Consumo mas de un vaso de alcohol en mis compromisos o reuniones					
12.	Evito beber alcohol					
13.	Consumo al menos una cuchara colmada de fibra al día (linaza, avena, frutos secos)					
14.	Ingiero más de dos cucharas colmadas de fibra al día					
15.	Evito consumir fibra (frutos secos, cereales, verduras, frutas, etc.)					
16.	Consumo tres tipos de lácteos al día (leche, queso y yogurt)					
17.	Cuando consumo yogurt, elijo un yogurt natural					
18.	Evito consumir lácteos					
19.	Diariamente consumo 3 frutas enteras (ejemplo: 1 plátano, 1 manzana, 1 pera, etc.)					
20.	Evito consumir pera, manzana, durazno					
21.	Evito consumir algunas frutas (mango, pasas, uva, piña, etc.)					
22.	Consumo de 6 a 7 cucharadas de arroz al día					
23.	Consumo menos de medio plato de arroz al día					
24.	Como arroz diariamente					
25.	Mis comidas están preparadas con aceite de oliva en vez de aceite vegetal					
26.	Controlo mis niveles de colesterol					
27.	Consumo grasas saludables como: aceituna, palta, nueces					
28.	Consumo frituras, embutidos, tortillas, etc.					
29.	No incluyo verduras en mi dieta diaria					
30.	Consumo entre 3 y 4 tipos de verduras al día					
31.	Consumo comida chatarra (hamburguesas, pizza, pollo a la brasa, etc.)					
32.	Evito consumir comida chatarra (hamburguesas, pizza, pollo a la brasa, etc.)					

### ANEXO 03

#### Resumen de opinión de jueces

INDICADORES	VALORACION DE JUECES					PROMEDIO
	J1	J2	J3	J4	J5	J1+J2+J3+J4+J5/5
CLARIDAD	80%	90%	80%	65%	90%	81
OBJETIVIDAD	80%	80%	80%	65%	85%	78
PERTINECIA	90%	80%	95%	65%	90%	84
ACTUALIDAD	80%	80%	90%	65%	85%	80
ORGANIZACIÓN	80%	80%	80%	65%	85%	78
SUFICIENCIA	80%	80%	90%	65%	80%	79
INTENCIONALIDAD	90%	80%	90%	70%	90%	84
CONSISTENCIA	80%	90%	96%	65%	90%	84
COHERENCIA	90%	80%	90%	70%	90%	84
METODOLOGÍA	80%	80%	95%	70%	90%	83
TOTAL						815
PROMEDIO TOTAL						82

**Fuente:** Formatos de informe de opinión de expertos de instrumentos de investigación aplicado en agosto del 2016.

### ANEXO 04



## DETERMINACION DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO ALFA DE CRONBACH

A partir de las varianzas, el alfa de Cronbach se calcula así:

$$\alpha = \left[ \frac{k}{k-1} \right] \left[ 1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right],$$

Donde:

- $S_i^2$  es la varianza del ítem  $i$ ,
- $S_t^2$  es la varianza de los valores totales observados y
- $k$  es el número de preguntas o ítems.

## ANÁLISIS DE FIABILIDAD

[Conjunto\_de\_datos0]

### Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	10	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,849	31

## ANEXO 05

### LIBRO DE CODIGOS

LIKERT							
N°		ITEMS	S	CS	AV	CN	N
1	+	Tengo un horario fijo de alimentación	5	4	3	2	1
2	+	Ingiero alimentos 5 veces al día	5	4	3	2	1
3	-	Consumo más de 6 cucharaditas de azúcar al día	1	2	3	4	5
4	+	Evito consumir azúcar	5	4	3	2	1
5	+	Consumo pollo y pescado	5	4	3	2	1
6	+	Consumo pan, galletas y tostadas	5	4	3	2	1
7	-	No puedo controlar el hambre todo el tiempo	1	2	3	4	5
8	-	Ingiero mas de 5 comidas al día	1	2	3	4	5
9	+	Para controlar el apetito elijo comer una fruta o verdura a media mañana	5	4	3	5	4
10	-	Bebo más de una copa de licor al día	1	2	3	4	5

11	-	Consumo más de un vaso de alcohol en mis compromisos o reuniones.	1	2	3	4	5
12	+	Evito beber alcohol	5	4	3	2	1
13	+	Consumo al menos una cuchara colmada de fibra al día. (linaza, avena, frutos secos)	5	4	3	2	1
14	-	Ingiero más de dos cucharas colmadas de fibra al día. (menestras)	1	2	3	4	5
15	-	Evito consumir fibra. (Frutos secos, cereales, verduras, frutas, etc.)	1	2	3	4	5
16	+	Consumo tres tipos de lácteos al día. (leche, queso y yogurt)	5	4	3	2	1
17	+	Cuando consumo yogurt, elijo un yogurt natural.	5	4	3	2	1
18	-	Evito consumir lácteos					
19	+	Diariamente consumo 3 frutas enteras (ejemplo: 1 plátano, 1 manzana, 1 pera, etc.)	5	4	3	2	1
20	-	Evito consumir: pera, manzana, durazno.	1	2	3	4	5
21	+	Evito consumir algunas frutas. (Mango, pasas, uva, piña, etc.)	5	4	3	2	1
22	-	Consumo más de 7 cucharadas de arroz al día	1	2	3	4	5
23	+	Consumo menos de medio plato de arroz al día	5	4	3	2	1
24	+	Como arroz diariamente	5	4	3	2	1

<b>25</b>	+	Mis comidas están preparadas con aceite de oliva en vez de aceite vegetal.	5	4	3	2	1
<b>26</b>	+	Controlo mis niveles de colesterol.	5	4	3	2	1
<b>27</b>	+	Consumo grasas saludables como: aceitunas, palta, nueces, etc.	5	4	3	2	1
<b>28</b>	-	Consumo frituras, embutidos, tortillas, etc.	1	2	3	4	5
<b>29</b>	-	No incluyo verduras en mi dieta diaria	1	2	3	4	5
<b>30</b>	+	Consumo entre 3 y 4 tipos de verduras al día	5	4	3	2	1
<b>31</b>	-	Consumo comida chatarra (hamburguesas, pizza, pollo a la brasa, etc.)	1	2	3	4	5
<b>32</b>	+	Evito consumir comida chatarra (hamburguesas, pizza, pollo a la brasa, etc.)	5	4	3	2	1

## ANEXO 06

### CALCULO DE PUNTAGES SEGÚN ESTANINOS

#### Variable: Hábitos alimentarios en pacientes con diabetes tipo 2

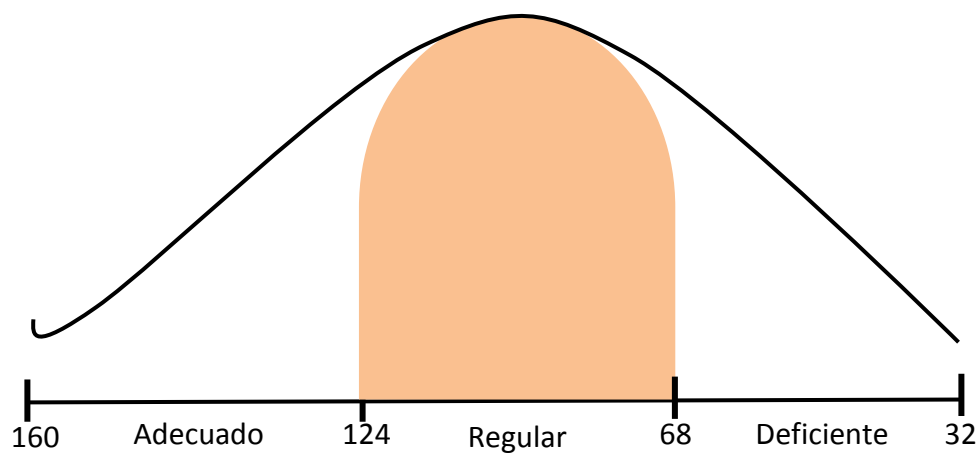
Se utilizó la escala de estaninos a través de la campana de Gauss, con una constante de 0.75.

Procedimiento:

1. Se determinó el promedio (x) x=96
2. Se calculó la desviación estándar (DS) DS= 37.38
3. Se estableció los valores de a y b respectivamente:

$$\begin{aligned} a &= x - 0.75(DS) \\ a &= 96 - 1.75(37.38) \\ a &= 96 - 65.4 \\ a &= 68 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} b &= x + 0.75(DS) \\ b &= 96 + 0.75(37.38) \\ b &= 96 + 20.035 \\ b &= 124 \end{aligned}$$



#### Interpretación del puntaje total

- (125-160)..... ADECUADO
- (69-124)..... REGULAR
- (32-68)..... DEFICIENTE

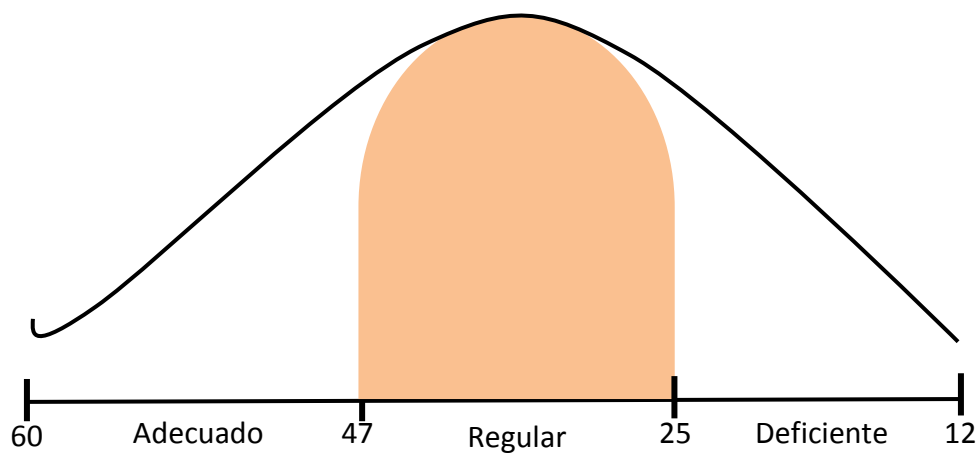
## DIMENSIÓN 1: Conductas

Se utilizó la escala de estatinos a través de la campana de Gauss, con una constante de 0.75.

Procedimiento:

1. Se determinó el promedio (x)  $x=36$
2. Se calculó la desviación estándar (DS)  $DS= 14.28$
3. Se estableció los valores de a y b respectivamente:

$a = x - 0.75(DS)$ $a = 36 - 0.75(14.28)$ $a = 36 - 10.71$ $a = 25.29$	$b = x + 0.75(DS)$ $b = 36 + 0.75 (14.28)$ $b = 36 + 10.71$ $b = 46.71$
---	--



### Interpretación del puntaje total

- (48-60)..... ADECUADO
- (26-47)..... REGULAR
- (12-25)..... DEFICIENTE

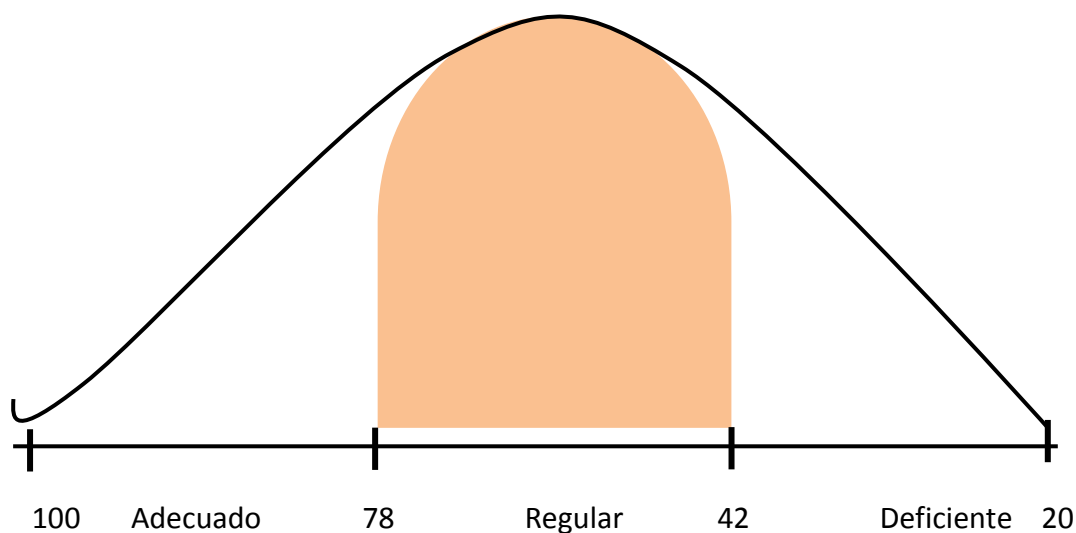
## DIMENSIÓN 2: Alimentos

Se utilizó la escala de estatinos a través de la campana de Gauss, con una constante de 0.75.

Procedimiento:

1. Se determinó el promedio ( $\bar{x}$ )  $\bar{x}=60$
2. Se calculó la desviación estándar (DS)  $DS= 23.52$
3. Se estableció los valores de a y b respectivamente:

$a = \bar{x} - 0.75(DS)$ $a = 60 - 0.75(23.52)$ $a = 60 - 17.64$ $a = 42.36$	$b = \bar{x} + 0.75(DS)$ $b = 60 + 0.75 (23.52)$ $b = 36 + 17.64$ $b = 53.64$
---	--



Interpretación del puntaje total

- (79-100)..... ADECUADO
- (43-78)..... REGULAR
- (20-42)..... DEFICIENTE

## ANEXO 07

### RESULTADO POR ITEMS

**1. Tengo un horario fijo de alimentación**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	nunca	5	8.3
	casi nunca	4	6.7
	a veces	8	13.3
	casi siempre	19	31.7
	siempre	24	40.0
	Total	60	100.0

**2. Ingiero alimentos 5 veces al día**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	nunca	2	3.3
	casi nunca	7	11.7
	a veces	24	40.0
	casi siempre	15	25.0
	siempre	12	20.0
	Total	60	100.0

**3. Consumo mas de 6 cucharaditas de azúcar al día**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	a veces	6	10.0
	casi nunca	28	46.7
	nunca	26	43.3
	Total	60	100.0

**4. Evito consumir azúcar**

	Frecuencia	Porcentaje
--	------------	------------



<b>Válido</b>	<b>casi nunca</b>	1	1.7
	<b>a veces</b>	7	11.7
	<b>casi siempre</b>	29	48.3
	<b>siempre</b>	23	38.3
	<b>Total</b>	60	100.0

## 5. Consumo pollo y pescado

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Válido</b>	<b>casi nunca</b>	4	6.7
	<b>a veces</b>	26	43.3
	<b>casi siempre</b>	18	30.0
	<b>siempre</b>	12	20.0
	<b>Total</b>	60	100.0

## 6. Consumo pan, galletas y tostadas

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Válido</b>	<b>nunca</b>	3	5.0
	<b>casi nunca</b>	31	51.7
	<b>a veces</b>	21	35.0
	<b>casi siempre</b>	5	8.3
	<b>Total</b>	60	100.0

## 7. No puedo controlar el hambre todo el tiempo

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Válido</b>	<b>a veces</b>	7	11.7
	<b>casi nunca</b>	32	53.3
	<b>nunca</b>	21	35.0
	<b>Total</b>	60	100.0

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
--	-------------------	-------------------

<b>Válido</b>	<b>siempre</b>	<b>1</b>	<b>1.7</b>	<b>8. Ingiero mas de 5 comidas al día</b>
	<b>casi siempre</b>	<b>5</b>	<b>8.3</b>	
	<b>a veces</b>	<b>28</b>	<b>46.7</b>	
	<b>casi nunca</b>	<b>22</b>	<b>36.7</b>	
	<b>nunca</b>	<b>4</b>	<b>6.7</b>	
	<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>	

**9. No puedo dejar de comer en todo el día**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Válido</b>	<b>casi nunca</b>	<b>5</b>	<b>8.3</b>
	<b>a veces</b>	<b>37</b>	<b>61.7</b>
	<b>casi siempre</b>	<b>13</b>	<b>21.7</b>
	<b>siempre</b>	<b>5</b>	<b>8.3</b>
	<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>

**10. Bebo más de una copa de licor al día**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Válido</b>	<b>nunca</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>

**11. Consumo mas de un vaso de alcohol en mis compromisos o reuniones**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Válido</b>	<b>a veces</b>	<b>2</b>	<b>3.3</b>
	<b>casi nunca</b>	<b>15</b>	<b>25.0</b>
	<b>nunca</b>	<b>43</b>	<b>71.7</b>

	<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>
--	--------------	-----------	--------------

## 12. Evito beber alcohol

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Válido</b>	<b>nunca</b>	<b>1</b>	<b>1.7</b>
	<b>a veces</b>	<b>1</b>	<b>1.7</b>
	<b>casi siempre</b>	<b>12</b>	<b>20.0</b>
	<b>siempre</b>	<b>46</b>	<b>76.7</b>
	<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>

## 13. Consumo al menos una cuchara colmada de fibra al día (linaza, avena, frutos secos)

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Válido</b>	<b>nunca</b>	<b>3</b>	<b>5.0</b>
	<b>casi nunca</b>	<b>9</b>	<b>15.0</b>
	<b>a veces</b>	<b>30</b>	<b>50.0</b>
	<b>casi siempre</b>	<b>13</b>	<b>21.7</b>
	<b>siempre</b>	<b>5</b>	<b>8.3</b>
	<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>

## 14. Ingiero más de dos cucharas colmadas de fibra al día

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Válido</b>	<b>siempre</b>	<b>1</b>	<b>1.7</b>
	<b>casi siempre</b>	<b>4</b>	<b>6.7</b>
	<b>a veces</b>	<b>29</b>	<b>48.3</b>
	<b>casi nunca</b>	<b>23</b>	<b>38.3</b>
	<b>nunca</b>	<b>3</b>	<b>5.0</b>
	<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100.0</b>

## 15. Evito consumir fibra (frutos secos, cereales, verduras, frutas, etc.)

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Válido</b>	<b>casi siempre</b>	<b>1</b>	<b>1.7</b>
	<b>a veces</b>	<b>3</b>	<b>5.0</b>
	<b>casi nunca</b>	<b>22</b>	<b>36.7</b>

	nunca	34	56.7
	Total	60	100.0

**16. Consumo tres tipos de lácteos al día (leche, queso y yogurt)**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	nunca	2	3.3
	casi nunca	18	30.0
	a veces	28	46.7
	casi siempre	11	18.3
	siempre	1	1.7
	Total	60	100.0

**17. Cuando consumo yogurt, elijo un yogurt natural**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	nunca	5	8.3
	casi nunca	9	15.0
	a veces	5	8.3
	casi siempre	15	25.0
	siempre	26	43.3
	Total	60	100.0

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	casi nunca	15	25.0
	a veces	27	45.0
	casi siempre	13	21.7
	siempre	5	8.3
	Total	60	100.0

**18. Evito consumir lácteos**

**19. Diariamente consumo 3 frutas enteras (ejemplo: 1 plátano, 1 manzana, 1 pera, etc.)**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	casi siempre	2	3.3
	a veces	5	8.3
	casi nunca	30	50.0
	nunca	23	38.3
	Total	60	100.0

**20. Evito consumir pera, manzana, durazno**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	siempre	1	1.7
	casi siempre	1	1.7
	a veces	8	13.3
	casi nunca	31	51.7
	nunca	19	31.7
	Total	60	100.0

**21. Evito consumir algunas frutas (mango, pasas, uva, piña, etc.)**

	Frecuencia	Porcentaje
--	------------	------------

<b>Válido</b>	<b>casi nunca</b>	1	1.7
	<b>a veces</b>	9	15.0
	<b>casi siempre</b>	15	25.0
	<b>siempre</b>	35	58.3
	<b>Total</b>	60	100.0

## 22. Consumo de 6 a 7 cucharadas de arroz al día

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Válido</b>	<b>siempre</b>	2	3.3
	<b>casi siempre</b>	2	3.3
	<b>a veces</b>	19	31.7
	<b>casi nunca</b>	30	50.0
	<b>nunca</b>	7	11.7
	<b>Total</b>	60	100.0

## 23. Consumo menos de medio plato de arroz al día

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Válido</b>	<b>casi nunca</b>	6	10.0
	<b>a veces</b>	20	33.3
	<b>casi siempre</b>	28	46.7
	<b>siempre</b>	6	10.0
	<b>Total</b>	60	100.0

## 24. Como arroz diariamente

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Válido</b>	<b>casi nunca</b>	18	30.0
	<b>a veces</b>	35	58.3
	<b>casi siempre</b>	2	3.3
	<b>siempre</b>	5	8.3
	<b>Total</b>	60	100.0

## 25. Mis comidas están preparadas con aceite de oliva en vez de aceite vegetal

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Válido</b>	<b>nunca</b>	5	8.3
	<b>casi nunca</b>	4	6.7

	a veces	7	11.7
	casi siempre	25	41.7
	siempre	19	31.7
	Total	60	100.0

## 26. Controlo mis niveles de colesterol

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	casi nunca	9	15.0
	a veces	9	15.0
	casi siempre	19	31.7
	siempre	23	38.3
	Total	60	100.0

## 27. Consumo grasas saludables como: aceituna, palta, nueces

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	casi nunca	1	1.7
	a veces	15	25.0
	casi siempre	27	45.0
	siempre	17	28.3
	Total	60	100.0

## 28. Consumo frituras, embutidos, tortillas, etc.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	a veces	1	1.7
	casi nunca	14	23.3
	nunca	45	75.0
	Total	60	100.0

## 29. No incluyo verduras en mi dieta diaria

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	casi siempre	2	3.3

	<b>a veces</b>	9	15.0
	<b>casi nunca</b>	21	35.0
	<b>nunca</b>	28	46.7
	<b>Total</b>	60	100.0

**30. Consumo entre 3 y 4 tipos de verduras al día**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Válido</b>	<b>casi nunca</b>	4	6.7
	<b>a veces</b>	15	25.0
	<b>casi siempre</b>	24	40.0
	<b>siempre</b>	17	28.3
	<b>Total</b>	60	100.0

**31. Consumo comida chatarra (hamburguesas, pizza, pollo a la braza, etc.)**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Válido</b>	<b>a veces</b>	2	3.3
	<b>casi nunca</b>	7	11.7
	<b>nunca</b>	51	85.0
	<b>Total</b>	60	100.0

**32. Evito consumir comida chatarra (hamburguesas, pizza, pollo a la braza, etc.)**

		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Válido</b>	<b>nunca</b>	1	1.7
	<b>a veces</b>	3	5.0
	<b>casi siempre</b>	8	13.3
	<b>siempre</b>	48	80.0
	<b>Total</b>	60	100.0



## **ANEXO 08**

### **HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**

**Institución** : Universidad César Vallejo- campus Lima Este.

**Investigador/a** : Olia Leddy López Medrano

**Título del Proyecto:** “Hábitos alimentarios en pacientes adultos con diabetes,  
Clínica Ricardo Palma, 2016”

#### **¿De qué se trata el proyecto?**

El presente estudio tiene como objetivo determinar los hábitos alimentarios de los pacientes con diabetes mellitus, que a través de la aplicación de la encuesta formulada con preguntas sobre las conductas alimentarios, nos da a conocer la raíz por el cual se desarrolla esta enfermedad que da sin discriminación social afectando al paciente de distintos puntos de vista.

#### **¿Quiénes pueden participar en el estudio?**

Pueden participar los paciente con diagnostico medico diabetes mellitus tipo II y que sus edades oscilen entre 20 y 65 años; pero sobretodo que voluntariamente acepten su participación sin obligación.

#### **¿Qué se pediría que haga si acepta su participación?**

Si acepta su participación en el estudio se le pedirá que firme una hoja dando su consentimiento informado.

#### **¿Existen riesgos en la participación?**

Su participación no supondrá ningún tipo de riesgo.

### **¿Existe algún beneficio por su participación?**

Con su participación colaborará a que se desarrolle el presente estudio y que los resultados contribuyan en la pedagogía de la institución universitaria con respecto al tema.

### **Confidencialidad**

La información que usted proporcione es absolutamente confidencial y anónima; solo será de uso de las personas que hacen el estudio.

### **¿A quién acudo si tengo alguna pregunta o inquietud?**

De tener alguna duda o inquietud con respecto a la investigación puede comunicarse con la autora de la investigación, la estudiante de IX ciclo Olia Leddy López Medrano, al teléfono 944696843; y también pueden comunicarse con la asesora encargada de la investigación, Mg. Janeth Arevalo Ipanaque al teléfono 999917457, de lo contrario a la Coordinación General de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad César Vallejo campus Lima Este.

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_ identificado con DNI \_\_\_\_\_; acepto participar libremente en la aplicación del cuestionario Hábitos alimentarios en pacientes adultos con diabetes previa orientación por parte del investigador, a sabiendas que la aplicación del cuestionario no perjudicará en ningún aspecto en mi bienestar y que los resultados obtenidos mejorarán mi calidad de vida.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del investigador

Firma del Participante

**ANEXO 09**

**CARTA DE AUTORIZACIÓN**

UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN  
CLINICA RICARDO PALMA

San Isidro, 28 de Setiembre del 2016.

Señores:  
**Universidad Cesar Vallejo**  
Presente.-

Atte.: Dra. Antonieta del Pilar Jiménez Berrú  
Directora de la E.A.P. de Enfermería

Ref.: Protocolo de Investigación

De mi consideración:

Por medio de la presente la saludo cordialmente y a su vez le informo que en relación al protocolo de investigación (tesis) de la alumna Olla Leddy López Medrano titulado **"HABITOS ALIMENTARIOS EN PACIENTES ADULTOS CON DIABETES-CLINICA RICARDO PALMA-2016"** el Comité de Docencia e Investigación autoriza su realización en nuestra Institución.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

CLINICA RICARDO PALMA S.A.  
  
Dr. JUAN ABUID TICONA  
C.M.P. 9944  
Director de la Unidad de Docencia e Investigación


Cc. Gerencia General  
Jefatura de Enfermería

## ANEXO 10

### RESULTADO DE TURNITIN

Feedback Studio - Google Chrome  
Es seguro | <https://ev.turnitin.com/app/carta/es/?lang=es&ls=1&u=1051130652&o=861474317>

feedback studio | Leddy LOPEZ MEDRANO | TESIS LADY | /0

  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**ESCUELA CADAEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**  
**"HÁBITOS ALIMENTARIOS EN PACIENTES ADULTOS CON DIABETES, CLÍNICA RICARDO PALMA, 2016"**  
**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**  
  
**Autora**  
Olivia Leddy López Medrano  
  
**Asesora**  
Mg. Janet Arévalo Ipanaqué  
  
**Línea de Investigación**  
Cuidado Enfermero en las diferentes etapas de vida  
  
**Lima – Perú**  
**2017**

**Resumen de coincidencias**

**24 %**

ver fuentes en inglés (beta)

Coincidencias

1	<a href="http://cybertesis.urp.edu.pe">cybertesis.urp.edu.pe</a> Fuente de Internet	5 %	>
2	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante	5 %	>
3	<a href="http://docplayer.es">docplayer.es</a> Fuente de Internet	2 %	>
4	<a href="http://www.scielo.unal.edu.co">www.scielo.unal.edu.co</a> Fuente de Internet	2 %	>
5	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante	1 %	>
6	<a href="http://repositorio.uax.es">repositorio.uax.es</a> Fuente de Internet	1 %	>
7	<a href="http://www.geosalud.com">www.geosalud.com</a> Fuente de Internet	1 %	>
8	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante	1 %	>
9	<a href="http://www.nutricionhospital...">www.nutricionhospital...</a> Fuente de Internet	1 %	>

Página: 1 de 51 | Número de palabras: 13647

4:31 p.m. 03/11/2017